Rapport annuel de gestion

2009 - 2010

Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides
Québec

Rapport annuel de gestion

2009 - 2010

Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides
Québec

Le Rapport annuel de gestion 2009-2010 est une publication
de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides
1000, rue Labelle, bureau 210, Saint-Jérôme (Québec) J7Z 5N6

La version électronique de ce document peut être consultée sur le site Web de
l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides : www.rrsss15.gouv.qc.ca

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010
Bibliothèque et Archives Canada, 2010

ISBN : 978-2-89547-153-0 (version imprimée)
ISBN : 978-2-89547-154-7 (version PDF)

Tous droits réservés. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides.

Cependant, la reproduction partielle ou complète de ce document à des fins personnelles et non commerciales est permise à la condition d'en mentionner la source.

Adopté par le conseil d'administration le 6 octobre 2010

© Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, 2010

Mot du président et du président-directeur général

Les citoyens au cœur de nos actions

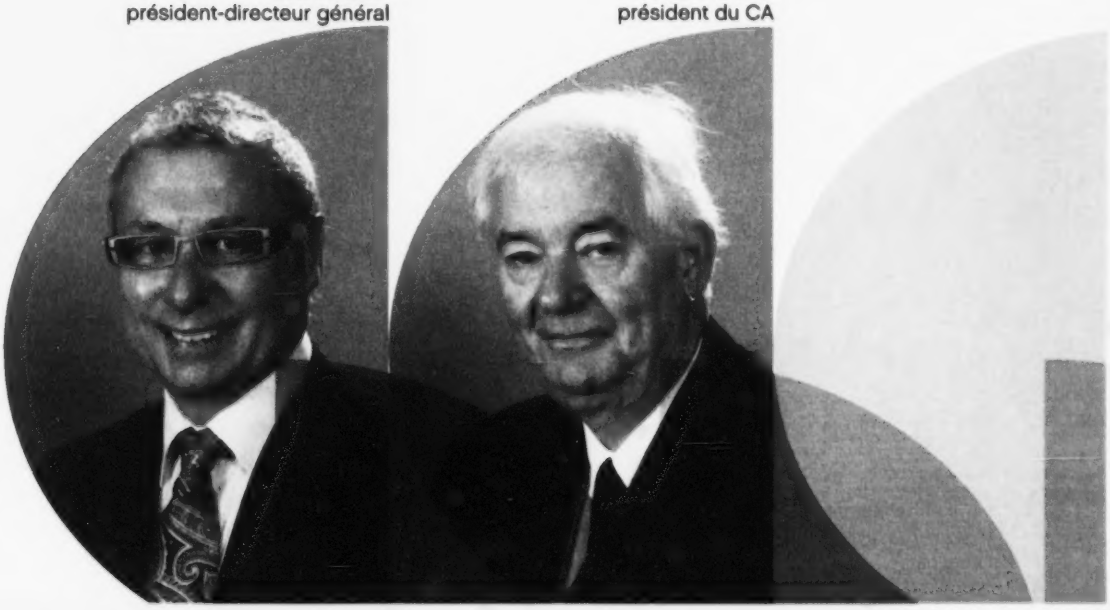
Encore une fois cette année, c'est avec beaucoup d'énergie, de plaisir et de rigueur que nous avons assumé notre mission, soit celle de coordonner l'ensemble des soins de santé et services sociaux offerts dans les Laurentides.

Les citoyens se trouvent au cœur de chacune de nos actions et décisions : malgré tous les défis auxquels le système de santé québécois est confronté, nous souhaitons que la population reçoive les meilleurs services possible lorsqu'elle en a besoin. C'est dans cette optique que nous continuons de travailler à l'organisation efficace des services, et ce, dans tous les secteurs de notre région.

Les besoins en santé et services sociaux sont très nombreux et les ressources limitées. C'est pourquoi nous évaluons de façon continue les différentes mesures qui nous permettent de faire mieux avec ce dont nous disposons. Dans ce contexte, nous poursuivons différentes réflexions sur les pistes d'optimisation possible dans notre réseau, notamment pour le fonctionnement des ressources informationnelles, des laboratoires et des blocs opératoires. L'objectif est de trouver la meilleure voie pour améliorer l'efficience de ces services.

Marc Fortin,
président-directeur général

Jean Poitras,
président du CA

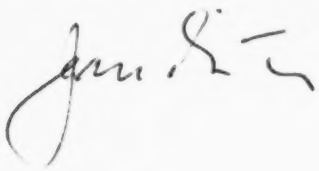


À cet égard, la pandémie de grippe A(H1N1) a permis de mettre en place des mécanismes et des façons de faire qui méritent d'être retenus. C'est entre autres le cas du fonctionnement des cliniques de vaccination et des centres de grippe qui ont reçu une affluence énorme et qui sont parvenus à répondre à cette forte demande. En raison de l'ampleur de la situation, des ajustements ont parfois été nécessaires (notamment quant aux files d'attente pour la vaccination), mais nous y avons vu et avons réussi à répondre aux besoins de la population en cette période de crise.

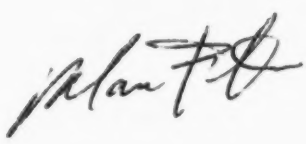
Il faut mentionner que cet épisode a suscité une mobilisation exceptionnelle de tous les acteurs de notre réseau. Nous les avons souvent remerciés, mais nous nous permettons de le faire encore une fois : à tous ceux et celles qui ont consacré temps et énergie à ce grand déploiement de notre système de santé, nous adressons nos plus sincères remerciements et toute notre reconnaissance.

Bien d'autres enjeux nous ont tenus occupés au cours de l'année 2009-2010 tels que la recherche de solutions pour remédier au sous-financement important de notre région. Ou encore, le recrutement de médecins omnipraticiens, spécialistes et de professionnels de la santé. Nous avons également poursuivi les démarches inscrites dans nos plans d'action visant à améliorer de façon continue les soins et services offerts à la population des Laurentides.

Voilà les principales lignes directrices qui ont guidé nos actions de l'année 2009-2010 qui sont décrites dans ce rapport. Soyez assurés que nous poursuivrons notre travail avec assiduité et beaucoup d'optimisme dans le but d'assurer la santé et le bien-être de la population des Laurentides.



Jean Poitras,
président



Marc Fortin,
président-directeur général

Déclaration de fiabilité

Les informations contenues dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le rapport et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2009-2010 de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'Agence;
- présentent les cibles, les résultats attendus, les indicateurs et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare qu'à ma connaissance, les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables, c'est-à-dire objectives, exemptes d'erreurs et vérifiables, et qu'il en va de même pour les contrôles afférents aux données présentées, et qu'ils correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2010.

Marc Fortin,
président-directeur général

Table des matières

Sigles et acronymes

Chapitre 1 **Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides**
Mission 3
Conseil d'administration 5
Comités du conseil et de la direction 9
Structure organisationnelle 16
Effectifs au 31 mars 2010 17

Chapitre 2 **Région**
Portrait de santé et de bien-être de la population 21
Carte de la région 25
Effectifs par catégorie d'emploi 27
Effectifs médicaux 28

Chapitre 3 **Partenaires**
Organismes communautaires financés par secteur d'activité 31
GMF par territoire de CSSS 32
Cliniques médicales privées et pharmacies par CSSS 33

Chapitre 4 **Bilan des directions**
Direction générale 37
Direction de santé publique 41
Direction des services sociaux 51
Direction régionale des affaires médicales
et direction régionale de la santé physique 57
Direction des communications 65
Direction des ressources humaines 69
Direction des ressources immobilières et informationnelles 73
Direction des ressources financières 81

Chapitre 5 **Bilan de l'entente de gestion**
Fiches de reddition de comptes 87

Chapitre 6 **Données financières**
Enveloppe régionale des crédits 121
Situation financière des établissements 123
Subventions accordées aux organismes communautaires 125
Rapport de la direction 133
Rapport des vérificateurs 135
États financiers 137

Annexes **Déclaration du code d'éthique**
Code d'éthique et de déontologie

Sigles et acronymes

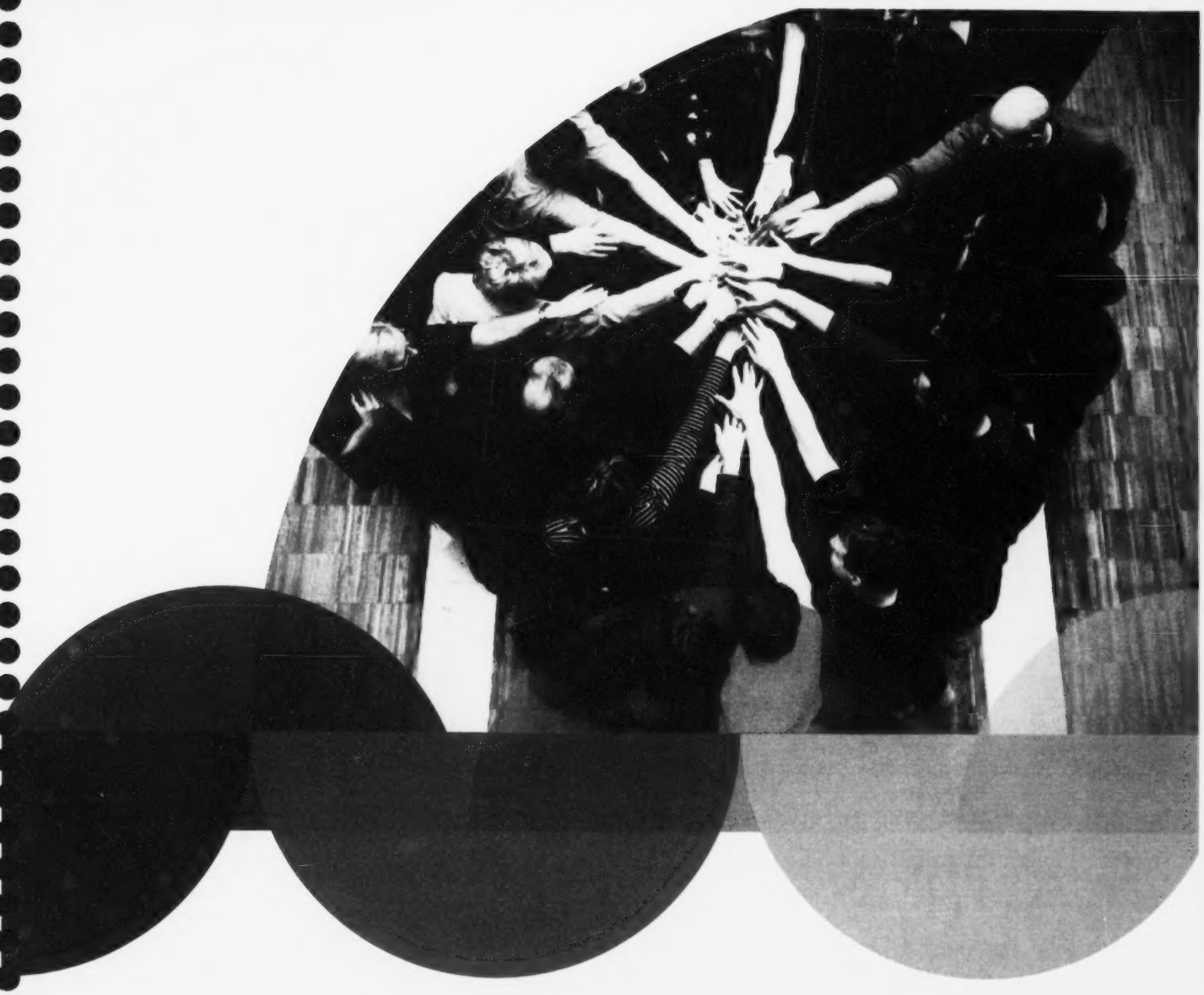
ACAPA	Association des centres d'accueil privés autofinancés
ADIHMP	Association pour la défense des intérêts des handicapés mentaux et physiques
AEPC	Association des établissements privés conventionnés
AERDPQ	Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec
AGESSS	Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux
AHL	Analyse hors-laboratoire
AMC	Association médicale canadienne
AMP	Activités médicales particulières
AMPRO	Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux
AMQ	Association médicale du Québec
APPAL	Association des personnes avec problèmes auditifs des Laurentides
AQESSS	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
AQIS	Association du Québec pour l'intégration sociale
ARAPAQ	Association des ressources adultes et personnes âgées du Québec
ARIHQ	Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec
ARLPHL	Association régionale des loisirs pour personnes handicapées des Laurentides
ARQ	Association des radiologistes du Québec
ARRQ	Association des résidences pour retraités du Québec
AS-803	Rapport d'intervention préhospitalière
AS-810	Formulaire de déclaration de transport
CAAP	Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes
CAB	Centre d'action bénévole
CAI	Commission d'accès à l'information
CAR	Conférence administrative régionale
CASH	Centre d'adoption de saines habitudes de vie
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CCCPE	Comité de coordination et de concertation en planification et évaluation
CCCRI	Comité de coordination et de concertation des ressources informationnelles
CCS	Centre de communication santé
CCSR	Centre de coordination des services régionaux
CDD	Centre de dépistage désigné
CEPI	Candidat à l'exercice de la profession d'infirmière
CETAS	Centre d'entraide et de traitement en abus sexuels
CGR	Comité de gestion du réseau
CH	Centre hospitalier
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CIIA	Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires
CIR	Commission infirmière régionale
CJL	Centre jeunesse des Laurentides
CLD	Centre local de développement
CLE	Centre local d'emploi
CLPQS	Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
CLSC	Centre local de services communautaires
C-MDSA	Combitube moniteur défibrillateur semi-automatique

CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMS-A	Clinique médicale spécialisée associée
CO	Monoxyde de carbone
CODIR	Comité de direction du ministère de la Santé et des Services sociaux
COSAD	Comité de soutien à domicile
CPE	Centre de la petite enfance
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CPS	Centre de prévention suicide
CQA	Conseil québécois d'agrément
CQLCC	Conseil québécois de lutte contre le cancer
CQRS	Conseil québécois de la recherche sociale
CR	Centre de réadaptation
CRASLA	Comité régional sur l'accessibilité aux services en langue anglaise
CRAT	Centre de réadaptation pour les personnes alcooliques et toxicomanes
CRAULL	Centrale de réception des appels urgents Laurentides-Lanaudière
CRDL	Conseil régional de développement des Laurentides
CRDI	Centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle
CRDP	Centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience physique
CRDPEL	Comité régional de développement du personnel d'encadrement des Laurentides
CRIE	Commission régionale des immobilisations et des équipements
CRID	Centre de référence pour investigation
CRIF	Comité sur les ressources immobilières et financières (provincial)
CRJDA	Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation
CRM	Commission régionale multidisciplinaire
CRPQS	Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services
CRSP	Comité régional des services pharmaceutiques
CSSPL	Comité stratégique de santé publique des Laurentides
CSST	Commission de la santé et de la sécurité au travail
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CTMSP	Classification par type en milieu de soins prolongés
CVQS	Comité de vigilance et de la qualité des services
DACD	Diarrhée associée au Clostridium difficile
DC	Direction des communications
DEA	Défibrillateur externe automatique
DG	Direction générale
DGA	Direction générale adjointe
DIMOS	Déficience intellectuelle, motrice, organique et sensorielle
DI-TED	Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DRAM	Direction régionale des affaires médicales
DRF	Direction des ressources financières
DRH	Direction des ressources humaines
DRMG	Département régional de médecine générale
DRSP	Direction régionale de santé physique
DSA	Direction des services administratifs
DSI	Direction des soins infirmiers
DSP	Direction de santé publique

DSP	Direction des services professionnels
DSPH	Direction des services professionnels et hospitaliers
DSQ	Dossier santé Québec
DSS	Direction des services sociaux
EES	École en santé
EESAD	Entreprise d'économie sociale en aide domestique
EIJ	Équipe d'intervention jeunesse
EROS	Équipe de recherche opérationnelle en santé
ETC	Équivalent temps complet
ETP	Équivalent temps plein
FADOQ	Fédération de l'âge d'or du Québec
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
GIEC	Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évaluation du climat
GMF	Groupe de médecine de famille
GRIS	Groupe de recherche interdisciplinaire en santé
HLM	Habitation à loyer modique
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
INCC	Institut national du cancer du Canada
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPAC	Initiative de partenariat en action communautaire
IPC	Indice des prix à la consommation
IPLI	Initiative de partenariats de lutte contre l'itinérance
IQDI	Institut québécois de la déficience intellectuelle
IRDS	Institut de recherche sur le développement social des jeunes
IRPDQ	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
IRSC	Institut de recherche en santé du Canada
IRSST	Institut de recherche en santé et sécurité au travail
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ITSS	Infections transmises sexuellement et par le sang
JASP	Journées annuelles de santé publique
MA	Maintien des actifs
MAD	Maintien à domicile
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
MATO	Maladie à traitement obligatoire
MED-ECHO	Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière
MEQ	Ministère de l'Éducation du Québec
MIADO	Maladie et intoxication à déclaration obligatoire
MOP	Manuel d'organisation de projet
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MPP	Maladies professionnelles pulmonaires
MRC	Municipalité régionale de comté
MSP	Ministère de la Sécurité publique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NEGS	Naître égaux - Grandir en santé
NIRRU	Niveau d'intensité relative des ressources utilisées

OBNL	Organisme à but non lucratif
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORSC	Organisation régionale de la sécurité civile
OSBL	Organisme sans but lucratif
OSIOR	Outil de support informatique pour les opérations de redéploiement
PACS	Picture archiving and communication system
PAE	Programme d'aide aux employés
PAL	Plan d'action local
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PAPA	Personnes âgées et adultes en perte d'autonomie
PAR	Plan d'action régional
PARI	Plan d'action régional intégré
PCFI	Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière
PCP	Pratiques cliniques préventives
PDG	Président(e)-directeur(trice) général(e)
PEM	Plan d'effectifs médicaux
PIB	Produit intérieur brut
PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
PLAISIR	Planification informatisée des soins infirmiers requis
PMSD	Pour une maternité sans danger
PNSP	Programme national de santé publique
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PQLCC	Programme québécois de lutte contre le cancer
PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
PROS	Plan régional d'organisation des services
PSBE	Politique de la santé et du bien-être
PSI	Plan de services individualisés
PSII	Plan de services individualisés intersectoriel
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
PSSP	Programme de subvention en santé publique
PSTOS	Plan stratégique triennal d'organisation des services
QEF	Québec en forme
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RCPHL	Regroupement pour la concertation des personnes handicapées des Laurentides
RCL	Réseau cancer Laurentides
RI	Ressource intermédiaire
RIV	Réadaptation à intensité variable
RF	Rénovation fonctionnelle
RFI	Réadaptation fonctionnelle intensive
RLS	Réseau local de services
ROCL	Regroupement des organismes communautaires des Laurentides
RRSS	Répertoire des ressources en santé et services sociaux
RSIPA	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées
RTF	Ressource de type familial
RTSS	Réseau de télécommunication sociosanitaire
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec

SACA	Secrétariat à l'action communautaire autonome
SAD	Soutien à domicile
SARDM	Système automatisé et robotisé de distribution de médicaments
SCRP	Service des communications et des relations avec la population
SEMO	Service externe de main-d'œuvre
SIC-DI	Service d'information clientèle - déficience intellectuelle
SICHELD	Système d'information clientèle en centre hospitalier et centre d'hébergement et de soins de longue durée
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention
SIGISPU	Système d'information de gestion intégrée des services préhospitaliers d'urgence
SIM	Suivi intensif dans le milieu
SIMASS	Système d'information du mécanisme d'accès aux services spécialisés
SIR	Système d'information radiologie
SISECH	Système d'information sur la stabilité d'emploi des cadres et hors-cadres
SISPUQ	Système d'information des services préhospitaliers d'urgence du Québec
SIV	Service de soutien d'intensité variable
SIVET	Service d'interprétation visuelle et tactile
SPLL	Services préhospitaliers Laurentides-Lanaudière
SPU	Services préhospitaliers d'urgence
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère
SRE	Surveillance, recherche et évaluation
TAP	Techniciens ambulanciers paramédics
TCC	Traumatisme craniocérébral
TMS	Troubles musculosquelettiques
TCNMI	Table de coordination nationale en maladies infectieuses
TCNPP	Table de coordination nationale en prévention-promotion
TCNSP	Table de coordination nationale en santé publique
TCN-S	Table de coordination nationale en surveillance
TCNSAT	Table de concertation nationale en santé au travail
TCNSE	Table de coordination nationale en santé environnementale
TED	Trouble envahissant du développement
TGC	Trouble grave du comportement
TIC	Technologies de l'information et des communications
TRARA	Table de réflexion et d'action de retraités et d'aînés
TRCDMS	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée
TRPIN	Table régionale en prévention des infections nosocomiales
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus d'immunodéficience humaine
VPH	Virus du papillome humain
VVS	Villes et Villages en santé



Agence des Laurentides

Mission
Conseil d'administration
Comités du conseil et de la direction
Structure organisationnelle
Effectifs au 31 mars 2010

L'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides a pour mandat de veiller à la santé et au bien-être de la population de la région. Pour ce faire, elle coordonne l'ensemble des soins et services offerts à la population des Laurentides.

Mission

Mission

L'Agence des Laurentides travaille en collaboration avec les 15 établissements de santé de la région des Laurentides, soit :

- Le centre de santé et de services sociaux de Saint-Jérôme
- Le centre de santé et de services sociaux du Lac-des-Deux-Montagnes
- Le centre de santé et de services sociaux de Thérèse-De Blainville
- Le centre de santé et de services sociaux d'Argenteuil
- Le centre de santé et de services sociaux des Pays-d'en-Haut
- Le centre de santé et de services sociaux des Sommets
- Le centre de santé et de services sociaux d'Antoine-Labelle
- Le Centre jeunesse
- Le Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier
- Le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Le Florès
- Le Centre de réadaptation en dépendance André-Boudreau
- La Résidence de Lachute
- Le CHSLD Deux-Montagnes
- Le Pavillon Sainte-Marie
- Le CHSLD Villa Soleil

Afin de coordonner l'ensemble des soins et services offerts dans la région, l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides assume les fonctions suivantes :

- Évalue l'état de santé et de bien-être de la population.
- Facilite le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.
- Assure la coordination des activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences privées d'hébergement et favorise leur collaboration avec les autres agents de développement de leur milieu.
- S'assure que les mécanismes de référence et de coordination des services entre les établissements sont établis et fonctionnels.
- S'assure d'une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux aux usagers.
- Met en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes.
- Assure la participation de la population à la gestion du réseau et d'assurer le respect des droits des usagers.
- Alloue les ressources régionales aux établissements et aux organismes communautaires.
- Assure la coordination des services de sa région avec ceux offerts dans les régions avoisinantes.
- Assure la coordination des activités particulières des médecins.
- Élabore le plan stratégique pluriannuel et en assure le suivi.
- Soutient les établissements dans l'organisation des services et intervient auprès de ceux-ci pour favoriser la conclusion d'ententes de services visant à répondre aux besoins de la population.
- Assure une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition.
- Développe des outils d'information et de gestion pour les établissements de sa région et les adapte aux particularités de ceux-ci.
- Prévoit des modalités et développe des mécanismes pour informer la population, la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services et pour connaître sa satisfaction en regard des résultats obtenus.

Conseil d'administration

Mission

Le conseil d'administration de l'Agence est composé de 13 membres issus de différents secteurs de la région et nommés par le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Le conseil d'administration a notamment pour fonction d'identifier les priorités relativement aux besoins de la population des Laurentides et aux services à lui offrir. Le tout, en tenant compte de l'état de santé et de bien-être de la population, des particularités socioculturelles, linguistiques et géographiques. Il doit aussi répartir équitablement les ressources humaines, matérielles et financières à sa disposition.

Son exécutif

M. Jean Poitras,
président, milieu
de l'enseignement

Mme Paule Fortier,
vice-présidente,
cooptée

M. Marc Fortin,
président-directeur
général

Ses membres

M. André Aubert
Établissements
régionaux

Mme France Laframboise
Cooptée

Mme France Pagé
Cooptée

M. Gilles Biron
Comité des usagers

Mme Monique Leroux
Milieu syndical

Dr Jean L. Thisdale
Département régional
de médecine générale

Mme Manon Dinel
Commission
infirmière régionale

Mme Johanne Mongeon
Conseil multidisciplinaire

M. Jean-Marie Dubuc
Milieu communautaire

Dr David Mutch
Table régionale
des chefs
de département de
médecine spécialisée

Membres du comité de vérification

Mme Paule Fortier
Mme Monique Leroux
M. Jean Poitras

Membres du comité d'éthique, de déontologie et de gouvernance

Mme Manon Dinel
Mme Paule Fortier (membre substitut)
Mme Johanne Lefebvre, secrétaire générale
Mme France Pagé
M. Jean Poitras

Membres du comité de vigilance et de la qualité des services

M. Gilles Biron
M. Jean Désy, commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services
M. Jean-Marie Dubuc
Mme Sylvie Laganière, directrice générale adjointe
Mme Monique Leroux

Comités du conseil et de la direction

Forum de la population

Mission

Le forum de la population a été mis en place au cours de l'année 2009-2010. Il est composé de 11 personnes provenant des huit municipalités régionales de comté (MRC) de la région. Ce forum est responsable envers le conseil d'administration de l'Agence d'assurer la mise en place de différents modes de consultation de la population sur les enjeux de santé et de bien-être. Il a également pour mandat de formuler des recommandations sur les moyens à mettre en place pour améliorer la satisfaction de la population à l'égard des services de santé et des services sociaux disponibles.

Membres	Provenance
Mme Catherine Collin	MRC Thérèse-De Blainville
Mme Katerine Daoust	MRC Thérèse-De Blainville
Mme Francine Gagné	MRC de Deux-Montagnes
Mme Jocelyne Clément	MRC de Mirabel
M. Augustin Bourdages	MRC d'Argenteuil
M. André Charbonneau	MRC des Pays-d'en-Haut
M. Jean-Luc Lavoie	MRC de la Rivière-du-Nord
Mme Hidburg Beeken-Barkany	MRC de la Rivière-du-Nord
M. Jean-Claude Lebel	MRC d'Antoine-Labelle
M. Serge Morin	MRC d'Antoine-Labelle
Mme Berthe Bélanger	MRC des Laurentides

Bilan des activités

Une séance d'accueil a été tenue en février 2010 au cours de laquelle la direction de santé publique des Laurentides a présenté un bilan des activités de vaccination dans les Laurentides lors de l'épisode de grippe A(H1N1). Les membres du forum ont notamment mentionné leur satisfaction à l'égard des centres de vaccination et des cliniques de grippe qui ont été ouverts au cours de cette période. Une autre rencontre a eu lieu au printemps et a porté sur la démarche de planification stratégique régionale 2010-2015.

Comité régional d'accessibilité aux services en langue anglaise

Mission

Le comité régional sur l'accessibilité aux services en langue anglaise (CRASLA) est composé de représentants des établissements du réseau, des usagers, des partenaires sociaux et de l'Agence des Laurentides. Il a pour mandat d'émettre ses recommandations au conseil d'administration de l'Agence des Laurentides sur l'application du programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise.

Membres	Provenance
Mme Ellen Lakoff, présidente	Organismes communautaires
Mme Valerie Glover Drolet	Usagers
M. Peter Haldimand	Multisectoriel
M. Duncan J. Howard	Usagers
Mme Heather Stephens	Promotion et défense des droits
Mme Kathy Van Bronswyck	Multisectoriel
M. James N. Warbanks	Promotion et défense des droits
Mme Jo-Anne Ladouceur	Membre coopté
Mme Sylvie d'Aragon	Mission CHSLD
M. Joseph W. Graham	Mission CHSGS
M. Jean-Philippe Vézina	Agence des Laurentides

Bilan des activités

Au cours de l'année 2009-2010, le comité a recommandé 11 projets visant la promotion de l'accessibilité aux services en langue anglaise qui ont été financés pour un montant total de 36 900 $. Il a également donné un avis favorable au dépôt d'un projet préparé par l'Agence des Laurentides dans le cadre de la mise en œuvre du programme de contribution pour les langues officielles en santé (volet adaptation) du gouvernement fédéral. Ce projet s'échelonnera sur les années 2010-2013 et vise la mise en place de différents projets qui auront pour effet d'améliorer l'accessibilité aux services en anglais pour les personnes s'exprimant dans cette langue.

Trois postes vacants : organismes communautaires, mission CLSC, mission CR.

Commission régionale multidisciplinaire

Mission

La Commission régionale multidisciplinaire est composée de professionnels et gestionnaires de la santé issus du domaine social, de la réadaptation et des secteurs techniques de la santé. Elle regroupe également un représentant du Cégep de Saint-Jérôme qui offre un programme d'enseignement en soins infirmiers, de même qu'un représentant de l'Agence des Laurentides. Elle a pour mandat d'émettre ses recommandations au Conseil d'administration de l'Agence sur toute question liée à l'organisation des services de santé et à la planification de la main-d'œuvre.

Membres	Provenance
Mme Johanne Mongeau, présidente	CSSS de Saint-Jérôme
Mme Dominique Laroche	CSSS d'Argenteuil
Mme Louise Montreuil	Centre du Florès
Mme Lucie Hébert	Centre jeunesse des Laurentides
Mme Aurélia Rechain	CSSS de Saint-Jérôme
Mme Louise Tremblay	CSSS des Pays-d'en-Haut
M. Daniel Desjardins	CSSS des Sommets
Mme Isabelle Lampron	Cégep de Saint-Jérôme
M. Jérome Ryckewaert	Observateur, CRDP Le Bouclier
M. Daniel Filion	Agence des Laurentides

Bilan des activités

Quatre rencontres de la Commission régionale multidisciplinaire ont eu lieu au cours de l'année. Ces dernières ont porté, notamment, sur les besoins de main-d'œuvre dans les établissements de santé et de services sociaux de la région, l'évolution du dossier de réorganisation des services de réadaptation fonctionnelle intensive et sur la création de groupes de médecine familiale (GMF) dans la région.

Commission infirmière régionale

Mission

La commission infirmière régionale (CIR) est composée d'infirmières, d'infirmières auxiliaires et de gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux de la région. Elle regroupe également un représentant du Cégep de Saint-Jérôme qui offre un programme d'enseignement en soins infirmiers, de même qu'un représentant de l'Agence des Laurentides. Elle a pour mandat d'émettre ses recommandations au conseil d'administration de l'Agence des Laurentides sur toute question liée à l'organisation des services infirmiers et à la planification de la main-d'œuvre.

Membres	Provenance
M. Sylvain Brousseau	CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes
Mme Carole Cordeau	CSSS des Pays-d'en-Haut
M. Steve Desjardins	CSSS des Pays-d'en-Haut
Mme Manon Dinel	CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes
M. Normand Girard, président	CSSS de Saint-Jérôme
Mme Renée-Paule Guertin	CSSS d'Argenteuil
M. Martin Jalbert	CSSS de Saint-Jérôme
Mme France Laframboise	Secteur privé
Mme Louise Leduc	Cégep de Saint-Jérôme
Mme Thérèse Lessard	CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes
M. Martin Lévesque	CSSS de Saint-Jérôme
Mme Sandra Savery, vice-présidente	CSSS des Sommets
M. Marco Blanchet	Agence des Laurentides

Bilan des activités

La commission infirmière régionale s'est réunie à quatre reprises au cours de l'année. Ses travaux ont porté sur la planification de la main-d'œuvre infirmière ainsi que sur l'intégration des infirmières praticiennes spécialisées et des infirmières en groupe de médecine familiale (GMF).

Par ailleurs, le processus électoral de renouvellement des membres s'est terminé en avril 2009. Par la suite, une représentante de la commission a été nommée au conseil d'administration de l'Agence.

Finalement, les règlements de la commission ont été révisés.

Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée

Mission

La table régionale des chefs de département de médecine spécialisée est composée de médecins spécialistes agissant à titre de chefs d'un département de médecine spécialisée au sein des établissements de santé et de services sociaux des Laurentides. Elle a pour mandat de formuler des recommandations au conseil d'administration sur toute question liée à l'organisation des services médicaux spécialisés ainsi qu'au recrutement de spécialistes.

Membres		Provenance
Dre Geneviève Aubin	Pédiatre	CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes
Dr Dany Chouinard	Anesthésiologiste	CSSS de Saint-Jérôme
Dr Pierre-André Clermont	Chirurgien orthopédiste	CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes
Dr Guy Cournoyer	Pneumologue, président	CSSS de Saint-Jérôme
Dre Emmanuelle Dubois	Obstétrique-gynécologie	CSSS de Saint-Jérôme
Dre Luiza Dumitrescu	Psychiatre	CSSS des Sommets
Dre Linda Lalancette	Microbiologiste	CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes
Dr David Mutch	Chirurgie générale	CSSS d'Argenteuil
Dr Daniel Picard	Médecine nucléaire	CSSS de Saint-Jérôme
Dr Éric Roy	Radiologiste	CSSS d'Antoine-Labelle
M. Marc Fortin	Président-directeur général	Agence des Laurentides
Dr Réal Cloutier	Directeur régional des affaires médicales	Agence des Laurentides

Bilan des activités

Les membres de la table régionale des chefs de département de médecine spécialisée des Laurentides se sont rencontrés à cinq reprises au cours de l'année 2009-2010. Par ailleurs, un processus électoral a eu lieu pour la nomination au poste de président et l'élection de nouveaux membres.

En collaboration avec l'Agence des Laurentides, un forum sur les services spécialisés dans la région a été tenu en mai 2009. Cet événement avait pour but de rassembler les médecins spécialistes et gestionnaires du réseau de la santé des Laurentides afin de déterminer des pistes de solution qui permettront de faciliter les conditions de pratique en médecine spécialisée et, par le fait même, améliorer les services offerts à la population. À la suite de cet événement, des comités de travail ont été mis en place pour émettre des recommandations sur l'organisation des services médicaux spécialisés.

Comité régional des services pharmaceutiques

Mission

Le comité régional des services pharmaceutiques (CRSP) est composé de pharmaciens exerçant dans les établissements de santé et de services sociaux de la région, de pharmaciens communautaires ainsi que d'un représentant de la faculté de pharmacie de la région et d'un représentant de l'Agence des Laurentides. Il a pour mandat d'émettre des recommandations au conseil d'administration de l'Agence des Laurentides sur toute question liée à l'organisation des services pharmaceutiques dans la région.

Membres	Provenance
Mme Odile Chevalier	CSSS de Thérèse-De Blainville
Mme Sylvie Côté	CSSS de Saint-Jérôme
M. Patrick Long, président	Pharmacien propriétaire
Mme Nadia Turcotte	Pharmacienne d'officine
Dr Réal Cloutier	Directeur régional des affaires médicales

Bilan des activités

Le comité régional des services pharmaceutiques a tenu une réunion au cours de l'année 2009-2010. Il a fait un bilan des activités reliées à la pandémie de grippe A(H1N1) pour la distribution des antiviraux. Par ailleurs, il a évalué les impacts positifs découlant des ordonnances collectives transmises aux pharmaciens de la région. De telles ordonnances ont été émises entre autres pour les produits de cessation tabagique. Elles permettent à la population d'avoir accès à ces produits sans prescription de leur médecin, le tout, en obtenant le remboursement de leur assurance médicaments.

Département régional de médecine générale

Mission

Le département régional de médecine générale (DRMG) représente tous les médecins omnipraticiens qui exercent dans la région. Il a pour mandat de faire des recommandations au conseil d'administration de l'Agence des Laurentides relativement à l'organisation des services médicaux et au recrutement de médecins dans les Laurentides.

Membres	Provenance
Dr Bertrand Bissonnette	CSSS des Sommets
Dre Geneviève Caza	CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes
Dr Jean Champagne	CSSS des Sommets
Dr Luc Laurin, chef du DRMG	CSSS d'Antoine-Labelle
Dre Marie-Andrée Poirier	CSSS d'Argenteuil
Dr Patrick Monday	CSSS de Thérèse-De Blainville
Dr Éric Morin	CSSS de Thérèse-De Blainville
Dr Roger Paquet	CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes
Dre Brigitte St-Pierre	CSSS de Saint-Jérôme
Dre Christine Slythe	CSSS de Saint-Jérôme
Dr Jean L. Thisdale, chef-adjoint du DRMG	CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes
Dre Chantal Valois	CSSS des Pays-d'en-Haut
M. Marc Fortin, président-directeur général	Agence des Laurentides
Dr Réal Cloutier, directeur régional des affaires médicales	Agence des Laurentides

Bilan des activités

En 2009-2010, le DRMG a tenu huit réunions ainsi que l'assemblée générale annuelle. Il a assuré la gestion de l'entente intervenue entre la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) concernant les activités médicales particulières.

Le DRMG a également procédé à la mise à jour de la liste des activités médicales particulières que les médecins doivent réaliser sur le territoire et a fait le suivi des plans des effectifs médicaux de la région (PREM et PEM).

Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides
Québec

Effectifs au 31 mars 2010

	Exercice en cours	Exercice antérieur
Les cadres :		
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	25	22
Temps partiel		
Nombre de personnes : équivalent temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	0	1
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0
Les employés réguliers :		
Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	118	126
Temps partiel		
Nombre de personnes : équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	11	7.5
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
Les occasionnels :		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	31 636	34 511
Équivalents temps complet (b)	17.33	18.90

(a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers :

Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail

divisé par :

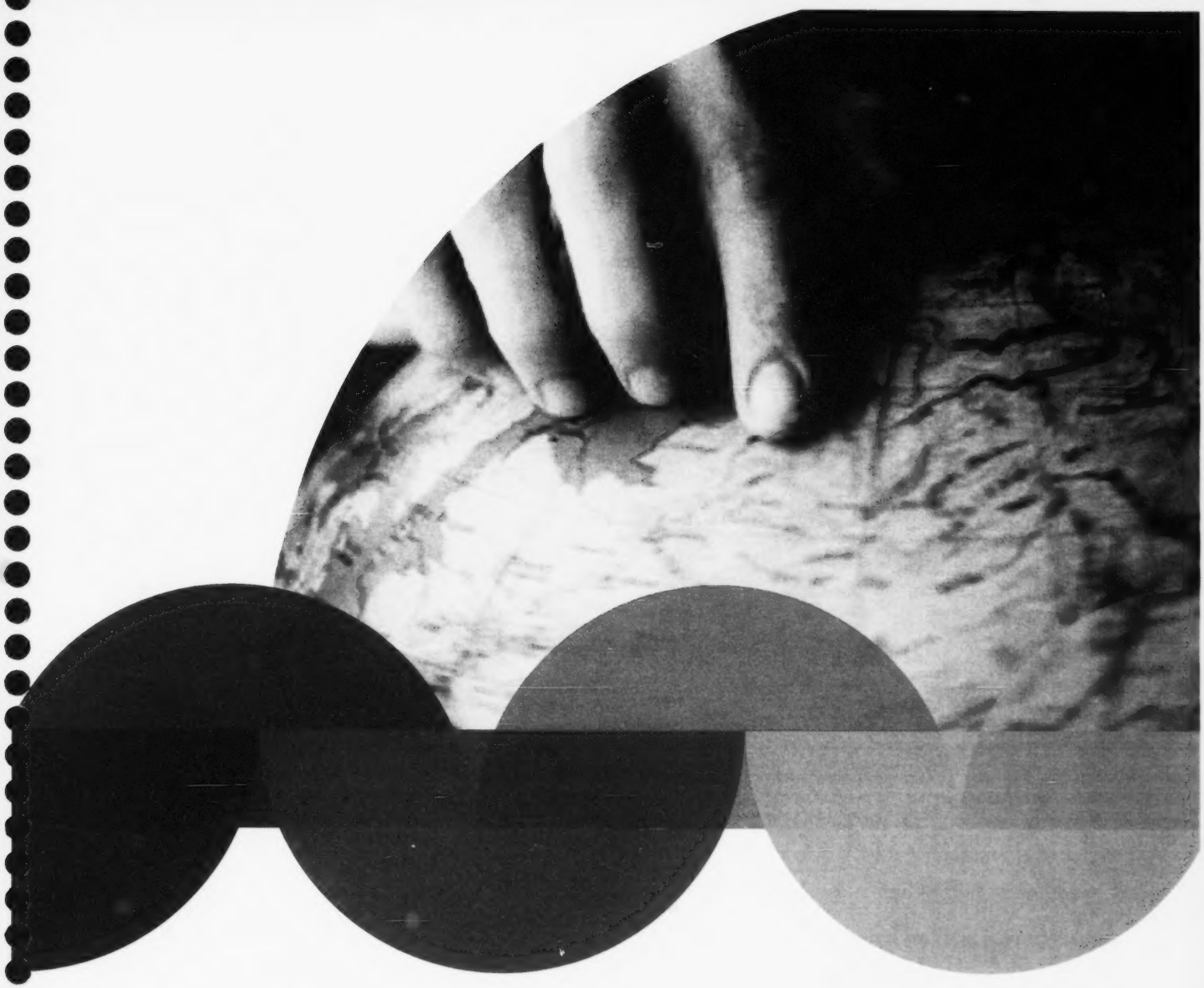
Nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi

(b) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels :

Nombre d'heures rémunérées

divisé par :

1826 heures



Région

Portrait de santé et de bien-être de la population des Laurentides

Carte de la région

Effectifs médicaux

Portrait de santé et de bien-être de la population

La région des Laurentides compte de 552 349 habitants, ce qui représente 7 % de la population du Québec. Elle se situe au quatrième rang des 18 régions sociosanitaires pour la taille de sa population, après les régions de Montréal, de la Montérégie et de la Capitale-Nationale.

Les Laurentides : une population jeune, mais vieillissante

La région connaît un accroissement de sa population parmi les plus élevés par rapport aux autres régions du Québec, et ce, dans tous les groupes d'âge à l'exception des jeunes de 15 à 24 ans. Les deux tiers de cet accroissement résultent de la migration interrégionale. Celle-ci est particulièrement importante chez les jeunes adultes (25 à 34 ans). Elle se démarque aussi chez les enfants de 5 à 9 ans et les personnes âgées de 55 à 64 ans. Les régions de provenance sont principalement Laval et Montréal.

Le nombre de naissances a également augmenté de façon importante depuis 2005 pour atteindre près de 6 000 naissances en 2008. Les projections démographiques prévoient une poursuite de cette augmentation dans la région pour les dix prochaines années.

D'un autre côté, le vieillissement de la population se fait sentir dans la région comme ailleurs au Québec. Les projections démographiques indiquent que la population âgée de 65 ans ou plus va s'accroître plus rapidement (augmentation de 54 % d'ici 2020) que dans le reste de la province (augmentation de 40 % d'ici 2020).

Cette tendance découle principalement de deux phénomènes : l'avancée en âge de la cohorte des baby-boomers et l'augmentation de la longévité pour une partie de plus en plus importante de la population. Toutefois, la population de la région conserve un profil plus jeune que celui du Québec et le demeurera malgré l'augmentation importante de la proportion de personnes âgées.

Des disparités géographiques, socioéconomiques et de santé

La région se démarque par des disparités entre ses différents secteurs. De son côté, la partie nord se caractérise par des territoires ruraux et forestiers, par une population plus âgée ainsi que par une forte population touristique et saisonnière qui s'ajoute aux résidants permanents.

Le poids démographique important des territoires du sud, dont la population est plus jeune et favorisé, peut parfois donner la fausse impression que la région se compare avantageusement au reste de la province, alors qu'il existe en réalité des différences importantes entre les territoires.

La partie sud de la région comporte des territoires plus urbains et densément peuplés qui bénéficient du fort apport migratoire de jeunes familles. À titre d'exemple, la région des Laurentides présente le deuxième plus grand écart de revenu entre territoires de MRC d'une même région au Québec. Enfin, chaque territoire, même les plus favorisés, présente des enclaves de défavorisation susceptibles de créer des inégalités au plan de la santé.

Améliorations à apporter aux habitudes de vie

Tout comme dans la population québécoise, une proportion importante de la population de 12 ans ou plus de la région des Laurentides présente des habitudes de vie qui constituent des facteurs de risque pour le développement des maladies chroniques.

En 2007-2008, environ 46 % des gens déclaraient consommer moins de cinq fruits et légumes quotidiennement. De plus, 64 % des hommes et des femmes adultes n'étaient pas suffisamment actifs durant leurs loisirs. Quant aux adolescents, 31 % des garçons et 66 % des filles n'étaient pas suffisamment actifs durant leurs loisirs.

Parallèlement à ces habitudes de vie, environ 33 % de la population adulte des Laurentides présentait de l'embonpoint et plus de 17 % de l'obésité. La proportion de personnes avec de l'embonpoint est plus importante chez les hommes et cette proportion croît avec l'âge.

Enfin, près de 24 % de la population faisait un usage régulier ou occasionnel du tabac. À la suite de l'adoption de la Loi restreignant l'usage de la cigarette dans les lieux publics, la proportion de personnes non fumeuses exposées à la fumée secondaire dans les lieux publics a grandement diminué pour atteindre 8,3 % en 2007-2008. Il demeure néanmoins que 12 % des non-fumeurs sont exposés quotidiennement à la maison, dont 25 % des jeunes de 12 à 19 ans.

L'importance des maladies chroniques

En 2002-2006, 70 % des décès étaient attribuables à des maladies chroniques, comprenant les cancers (35 %), les maladies de l'appareil circulatoire (27 %) et les maladies de l'appareil respiratoire (8 %). Les taux ajustés pour ces causes de décès sont plus élevés dans la région qu'au Québec, particulièrement chez les femmes.

Au chapitre des hospitalisations, la population de la région présente un taux ajusté semblable à celui du Québec (période 2006-2009) pour les maladies de l'appareil circulatoire avec 5 816 hospitalisations en moyenne par année. Par contre, le taux d'hospitalisation pour les maladies de l'appareil respiratoire y est supérieur.

Enfin, les données sur le diabète révèlent que sa prévalence augmente dans le temps mais demeure toutefois semblable à celle du Québec : elle atteignait 7,0 % dans les Laurentides et 7,1 % au Québec en 2006-2007.

Le cancer : une problématique à suivre

On dénote un bilan régional de l'incidence du cancer peu enviable pour la période 2002-2006 avec un taux ajusté pour l'ensemble des cancers supérieur à celui du Québec. Cela correspond à un écart d'environ 173 nouveaux cas par année sur une moyenne de 2 433 pour la région.

Les hommes sont plus touchés par le cancer que les femmes (1 285 nouveaux cas en moyenne par année comparativement à 1 148), mais suivent une tendance à long terme à la baisse alors qu'on observe une tendance à la hausse chez les femmes. Ces tendances sont en partie le reflet des habitudes tabagiques antérieures. Viennent aux trois premiers rangs chez les hommes, les cancers du poumon, de la prostate et du côlon-rectum, et chez les femmes, les cancers du sein, du poumon et du côlon-rectum.

Les infections transmissibles sexuellement et par le sang

Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ont pris de l'ampleur au cours des dernières années. Plus de 2 500 cas d'ITSS ont été déclarés en 2009 dans les Laurentides. De plus, ces données sous-estiment la réalité puisqu'un tiers des personnes infectées ignorent qu'elles le sont, d'où l'importance des programmes de dépistage.

Le problème est particulièrement inquiétant chez les jeunes de 15-24 ans. Depuis les cinq dernières années, le nombre de cas de chlamydia ne cesse d'augmenter annuellement et le taux d'incidence pour ce groupe d'âge est 10 % plus élevé que celui de la province. Actuellement, les 15-24 ans constituent environ 65 % des cas de chlamydia déclarés, ce qui représente plus de 70 % des cas de ITSS chez les filles et 50 % chez les garçons.

Par ailleurs, entre 2004 et 2008, le taux d'incidence de la gonorrhée a pratiquement doublé et les jeunes représentent maintenant près de 50 % des cas. Cette

augmentation des cas déclarés a été 5,4 fois plus importante chez les femmes que chez les hommes. Toujours chez les jeunes, en 2005, pour la première fois au Québec depuis le début de l'épidémie de syphilis, les 15-19 ans ont été touchés.

À l'égard du VIH, la région les Laurentides présentait, en 2008, environ 4 % des nouveaux diagnostics déclarés de la province. Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes sont toujours au premier rang avec plus de 65 % des nouveaux diagnostics.

Les problèmes de santé mentale affectent une partie importante de la population

Près de 31 % de la population mentionnait subir un niveau de stress quotidien assez intense en 2007-2008, proportion supérieure à celle des adultes du Québec (26 %). Bien que 79 % des personnes de 12 ans ou plus de la région considéraient leur santé mentale comme excellente ou très bonne. De manière plus spécifique, l'Enquête sur la santé et les collectivités canadiennes (ESCC) révélait que 5,2 % des Laurentidiens de 12 ans ou plus souffraient d'un trouble de l'anxiété et 4,3 % d'un trouble de l'humeur diagnostiqué par un médecin.

Par ailleurs, la consommation d'alcool et de drogues et les jeux de hasard, constituent aussi des problèmes de santé mentale, même si on ne dispose pas de données suffisantes pour documenter l'ampleur réelle de ces problèmes dans la région. Toutefois, les données provinciales suggèrent des prévalences de dépendance allant de 1 à 2 % affectant particulièrement les hommes.

Après une décennie d'augmentation, on constate enfin une diminution des décès par suicide dans la région depuis 1999, comme ailleurs au Québec. Ainsi, pour la période 2002-2006, la région présentait un taux de suicide de 16 décès par 100 000 habitants, ce qui représente 80 décès par année. Le suicide affecte particulièrement les hommes, dans un rapport de quatre hommes pour une femme décédés par suicide.

Cependant, il faut garder en tête que le nombre de suicides ne représente que la pointe de l'iceberg, puisque que l'Enquête sur la santé et les collectivités canadiennes révélait qu'en 2005, environ 9 700 personnes âgées de 15 ans et plus avaient présenté des idées suicidaires sérieuses au cours d'une période de 12 mois, ce qui représente 2,5 % de la population de la région.

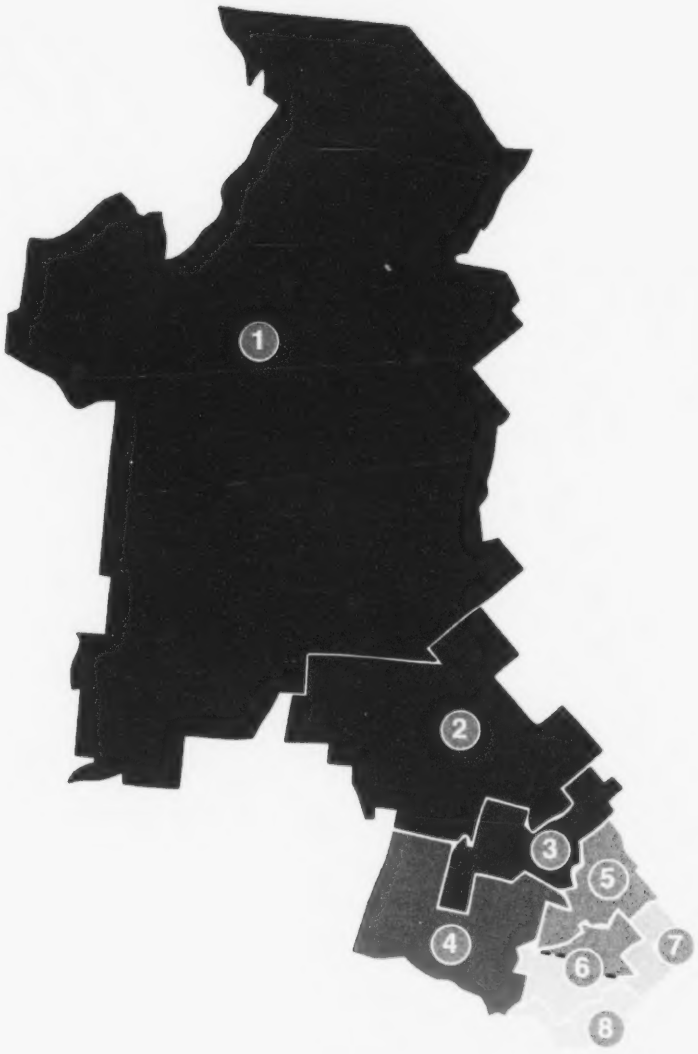
En résumé

La région des Laurentides connaît un accroissement rapide de sa population âgée de 65 ans ou plus, même si elle conserve un profil démographique qui se classe parmi les plus jeunes du Québec. Sa population totale devrait continuer de s'accroître principalement par l'apport de la migration interrégionale. La région se caractérise également par des différences sociosanitaires entre ses territoires.

De façon générale, il apparaît que des proportions non négligeables de la population ont des habitudes de vie (tabagisme, consommation insuffisante de fruits et légumes, activité physique insuffisante) qui constituent des facteurs de risque de maladies chroniques responsables d'une large part de la mortalité. En effet, pour certaines grandes causes de morbidité et de mortalité telles que le cancer, la région présente des résultats qui se comparent désavantageusement à ceux de l'ensemble du Québec.

Notons finalement que l'augmentation des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) est préoccupante, particulièrement chez les jeunes, et que les problèmes de santé mentale demeurent présents dans la région.

Carte de la région



1 MRC d'Antoine-Labelle
Mont-Laurier
Rivière-Rouge

2 MRC des Laurentides
Sainte-Agathe-des-Monts

3 MRC des Pays-d'en-Haut
Sainte-Adèle

4 MRC d'Argenteuil
Lachute

5 MRC de la Rivière-du-Nord
Saint-Jérôme

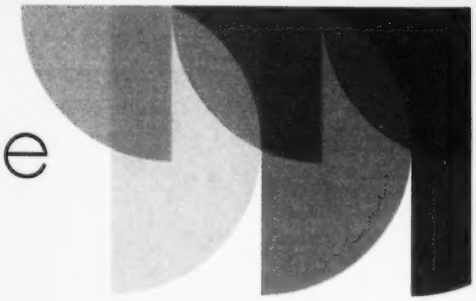
6 MRC de Mirabel
Mirabel

7 MRC de Thérèse-De Blainville
Sainte-Thérèse

8 MRC de Deux-Montagnes
Saint-Eustache

-- *Limite de la MRC de La Rivière-du-Nord - Mirabel Nord et de la MRC de Deux-Montagnes - Mirabel Sud*

Effectifs par catégorie d'emploi



N°	Catégorie Loi 30	Nombre
1	Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	3 374
2	Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	3 682
3	Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	1 615
4	Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	2 591
5	Personnel non visé par la Loi 30	77
6	Personnel d'encadrement	389
	Total	**11 728**

Effectifs médicaux

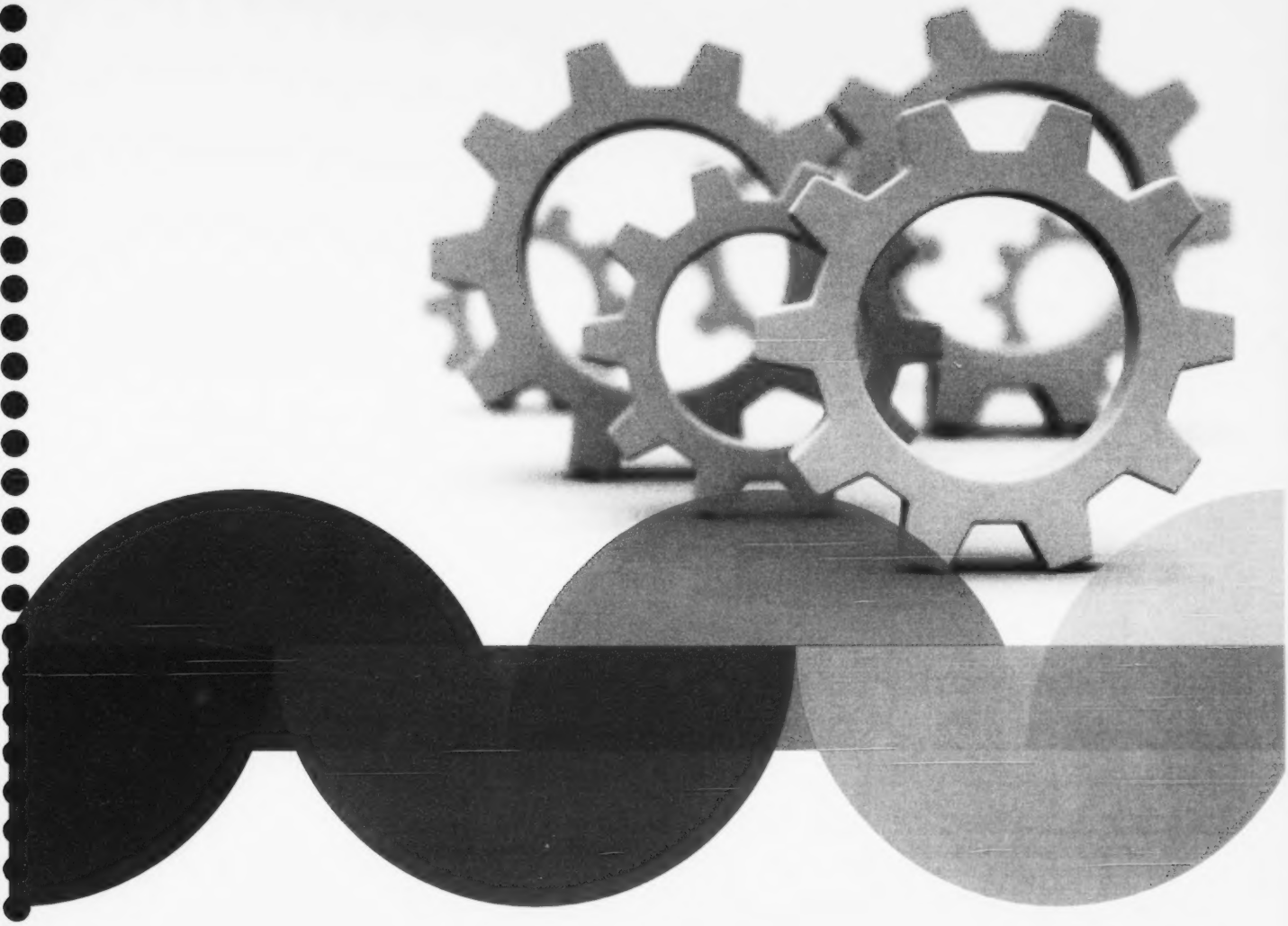
Plan régional des effectifs médicaux - Spécialités

Parmi les 246 postes disponibles de médecins spécialistes, 219 médecins spécialistes sont installés dans les Laurentides. Ils sont répartis de la manière suivante :

CSSS de Saint-Jérôme	138
CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes	45
CSSS d'Argenteuil	9
CSSS des Sommets	13
CSSS d'Antoine-Labelle	14

Plan régional des effectifs médicaux - Omnipratique

Il y a 487 omnipraticiens installés dans les Laurentides. Une analyse récente nous indique un manque de 132 omnipraticiens à temps plein afin de répondre aux besoins de première et de deuxième ligne. Cependant, la ventilation par CSSS est impossible à faire.



Partenaires

Organismes communautaires financés
par secteurs d'activité
Liste des GMF par territoire de CSSS
Cliniques médicales privées
et pharmacies par territoire de CSSS

Organismes communautaires financés par secteurs d'activité

	2009-2010
Alcoolisme, toxicomanie et dépendance	7
Contraception, périnatalité, allaitement, famille	10
Déficience physique	11
Déficience intellectuelle	11
Santé mentale	13
Centre d'action bénévole (cab)	5
Personnes agées	2
Santé physique	1
Personnes démunies	16
Assistance et accompagnement / centres téléphoniques	1
VIH - sida	1
Concertation et consultation générale	1
Maintien à domicile	13
Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté	5
Centres de femmes	7
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (calacs)	3
Hommes en difficulté	2
Organismes de justice alternative	2
Maisons de jeunes	23
Autres ressources jeunesse	9
Cancer	3
Santé publique	3
Maisons d'hébergement communautaire jeunesse	5

GMF par territoire de CSSS

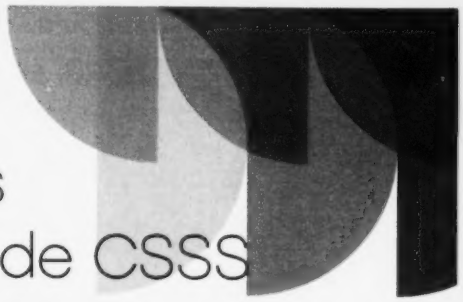
Au 31 mars 2010, il y avait 14 groupes de médecine de famille (GMF) accrédités par le ministre et huit cliniques médicales ayant signifié leurs intérêts à devenir GMF.

TERRITOIRE DE CSSS	NOM DU GMF	ACCRÉDITÉ	NOMBRE DE MÉDECINS
CSSS d'Antoine-Labelle	GMF de La Rouge	2003-04-11	12
	GMF de La Lièvre	2008-03-04	10
CSSS d'Argenteuil	GMF d'Argenteuil	2007-02-20	9
CSSS de Thérèse-De Blainville	GMF de Lorraine	2004-02-17	11
	GMF Blainville-La Source	2007-06-06	15
	GMF Fontainebleau	2008-12-17	10
	GMF Chapleau	2010-01-14	4
CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes	GMF Montée de la Baie	2008-02-06	7
	GMF Deux-Montagnes	2008-02-06	10
	GMF Polyclinique St-Eustache	2008-02-06	28
	GMF Centre médical 25	2008-02-06	9
CSSS de Saint-Jérôme	GMF du Grand Saint-Jérôme	2007-02-06	17
CSSS des Sommets	GMF des Sommets	2007-01-09	25
	GMF de Mont-Tremblant	2003-04-11	7

Trois territoires de CSSS ont mis en place l'accueil clinique dont le but est d'offrir aux médecins de première ligne la coordination des demandes d'investigation ou de consultation en soins spécialisés. Il s'agit du CSSS des Sommets, du CSSS Saint-Jérôme et du CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes. L'Agence des Laurentides prévoit la mise en place progressive de l'accueil clinique dans les sept CSSS de la région.

De plus, dans le cadre du Plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des services médicaux, chacun des CSSS a été sollicité afin de mettre en place un guichet d'accès pour la clientèle orpheline et pour procéder à la nomination d'un coordonnateur médical local. L'implantation de ces mesures s'effectue de façon progressive dans la région.

Cliniques médicales privées et pharmacies par territoire de CSSS



En fonction du plan régional d'effectifs médicaux en omnipratique, il y a approximativement 487 médecins de famille installés dans les Laurentides. De plus, la région compte sur environ 83 cliniques médicales pour desservir la population.

83 cliniques médicales dans les Laurentides

CSSS de Saint-Jérôme	24
CSSS de Thérèse-De Blainville	24
CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes	13
CSSS d'Argenteuil	1
CSSS des Pays-d'en-Haut	5
CSSS des Sommets	8
CSSS d'Antoine-Labelle	8

107 pharmacies dans les Laurentides

CSSS de Saint-Jérôme	26
CSSS de Thérèse-De Blainville	27
CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes	18
CSSS d'Argenteuil	8
CSSS des Pays-d'en-Haut	10
CSSS des Sommets	10
CSSS d'Antoine-Labelle	8

Bilan des directions

Direction générale
Direction de santé publique
Direction des services sociaux
Direction régionale de la santé physique
et Direction régionale des affaires médicales
Direction des communications
Direction des ressources humaines
Direction des ressources immobilières
et informationnelles
Direction des ressources financières

De pair avec le conseil d'administration, la direction générale assure la gestion des activités de l'Agence des Laurentides. Elle fait également le lien avec les établissements de santé et de services sociaux des Laurentides, avec les partenaires de la région et avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec afin de coordonner l'ensemble des soins de santé et des services sociaux offerts à la population.

Direction générale

Direction générale

En coordonnant les soins et services de santé offerts dans la région, l'Agence des Laurentides s'assure que ceux-ci soient répartis équitablement dans les différents secteurs de la région et qu'ils soient organisés de façon efficiente.

Les services sont offerts en continuum afin de suivre chaque patient selon l'évolution de ses besoins. «Notre rôle est de veiller à la meilleure organisation possible des services, et ce, en dépit des nombreux défis que nous devons relever, afin que ces services soient de qualité et le plus facilement accessibles pour la population des Laurentides», explique le président-directeur général de l'Agence des Laurentides, M. Marc Fortin.

«Notre rôle est de veiller à la meilleure organisation possible des services, et ce, en dépit des nombreux défis que nous devons relever.» - Marc Fortin, PDG

Au cours de l'année 2009-2010, la direction générale a coordonné l'ensemble des travaux menés par l'Agence des Laurentides, notamment :

- L'amélioration de l'organisation des soins et services.
- L'évaluation de différentes pistes d'optimisation de services.
- L'évaluation et les représentations pour le développement de nouveaux services.
- Le recrutement de médecins omnipraticiens et spécialistes, ainsi que de professionnels de la santé.
- Le financement des établissements de santé et des organismes communautaires de la région.
- Le soutien aux établissements de santé et de services sociaux des Laurentides pour la tenue ou la préparation de travaux de construction.
- La communication à la population sur diverses questions liées au réseau de la santé et des services sociaux des Laurentides.

Structure organisationnelle

Huit directions relèvent de la direction générale, soit la direction des communications, la direction de santé publique, la direction des services sociaux et la direction des ressources humaines. En 2009-2010, la direction des affaires médicales et hospitalières a été scindée en deux, créant ainsi la direction régionale des affaires médicales et la direction régionale de la santé physique.

De plus, la coordination des ressources immobilières et la direction adjointe des ressources informationnelles ont été regroupées sous une même direction, soit la direction des ressources immobilières et informationnelles. La direction des services administratifs, pour sa part, a recentré sa mission sur les finances et, par le fait même, est devenue la direction des ressources financières.

Activités administratives et législatives

Au cours de l'année 2009-2010, la direction générale a procédé aux consultations nécessaires en vue du remplacement ou de la prolongation de certains membres du conseil d'administration de l'Agence des Laurentides dont le mandat se terminait. Les recommandations découlant de ces consultations ont été adressées au ministre de la Santé et des Services sociaux afin de permettre la nomination de personnes aux postes concernés.

La direction générale a aussi apporté le soutien requis à certains établissements de son territoire pour le remplacement de membres au sein de leur conseil d'administration respectif.

Par ailleurs, une consultation a été effectuée auprès de certains établissements de la région dans le but de combler un poste réservé à l'Agence qui était vacant au sein du conseil d'administration du centre régional de réadaptation en dépendance André-Boudreau.

La direction générale a également accompagné le comité de sélection mis sur pied pour la nomination d'une nouvelle directrice générale au CSSS des Pays-d'en-Haut.

Finalement, la direction générale a répondu à 14 demandes d'accès à l'information dans le cadre de l'application de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection des renseignements personnels*.

Direction générale adjointe

La direction générale adjointe a pour mandat de soutenir la direction générale dans la réalisation des projets et des activités de l'Agence des Laurentides.

En 2009-2010, la direction générale adjointe a modifié sa structure organisationnelle en abolissant la direction adjointe à la planification et en créant la coordination à la planification et à la qualité, ainsi que celle de la sécurité civile-mission santé.

Planification stratégique régionale 2010-2015

L'Agence des Laurentides a amorcé sa démarche de planification stratégique régionale 2010-2015 en conformité avec les enjeux ministériels et les objectifs nationaux. Dans le cadre de cet exercice, plus de 250 personnes ont été consultées grâce à la tenue de cinq forums de consultation et de 25 rencontres avec diverses instances. Cette démarche a pour objectif d'identifier les principaux défis que le réseau de la santé et des services sociaux des Laurentides devra relever au cours des prochaines années et d'identifier certaines pistes de solution.

La première phase de réalisation a consisté à établir le bilan régional des performances et des réalisations pour les années 2005 à 2010. Ce bilan a fait ressortir les bons coups réalisés par le réseau de la santé et des services sociaux des Laurentides au cours des cinq dernières années de même que les enjeux auxquels il continuera à être confronté au cours des prochaines années.

Ententes de gestion et d'imputabilité

L'année 2009-2010 représente la dernière année du cycle des ententes de gestion 2005-2010. Une entente régionale a été signée sur la base de ce document de référence. Cette entente détermine les attentes de l'Agence des Laurentides à l'endroit des 15 établissements de santé et de services sociaux de la région afin d'assurer la meilleure offre de services à la population de la région.

Afin de soutenir les établissements du réseau dans l'atteinte des objectifs visés, la direction générale adjointe a effectué durant toute l'année un suivi régulier des résultats avec rétroaction aux établissements.

Gestion de la qualité et des risques

La création d'une coordination de la qualité et des risques permet, d'une part, de favoriser la cohérence des actions de tous les acteurs et les instances et, d'autre part, de mieux soutenir le réseau en matière de gestion de la qualité et des risques. Ce modèle organisationnel contribue à créer une synergie entre les directions de l'Agence et le réseau.

Sécurité civile – mission santé

La direction générale adjointe, via la sécurité civile-mission santé, a coordonné la pandémie en collaboration avec la direction de santé publique. Ce fut une occasion exceptionnelle de mesurer la solidarité et l'engagement du réseau. Malgré quelques difficultés, l'opération *Pandémie des Laurentides* s'est déroulée très efficacement.

Un bilan a permis de faire ressortir la grande capacité d'adaptation des équipes, l'engagement et le sens du devoir dans une situation d'urgence, ainsi que la responsabilisation du réseau envers la population des Laurentides. Grâce au succès qu'ils ont obtenu, certains modèles de travail développés pour la pandémie pourraient être conservés et adaptés pour d'autres besoins.

À la suite de cet épisode, il a également été convenu de réviser annuellement le plan régional et, par conséquent, les plans locaux de lutte contre la pandémie.

La direction de santé publique a pour mandat de maintenir et améliorer la santé de la population par des interventions de promotion, de prévention et de protection. Elle assure également une surveillance continue de l'état de santé des citoyens de la région.

Direction de santé publique

Direction de santé publique

Planification 2010-2015

Les travaux de mise à jour du Plan d'action régional de santé publique des Laurentides 2010-2015 se sont poursuivis tout au long de l'année. Le processus s'est articulé autour d'une vision centrale : que tous les secteurs d'activités aient une préoccupation pour la santé de la population, puisque la santé résulte de l'interaction d'un ensemble de déterminants biologiques, comportementaux et environnementaux. Pour y arriver, la direction de santé publique reconnaît plus que jamais l'importance de renforcer la collaboration avec tous les partenaires du réseau de la santé et intersectoriels.

Ainsi, pour «produire la santé», il faut motiver et soutenir des changements individuels, environnementaux et organisationnels favorables au développement et au maintien de la santé et du bien-être de la population. C'est ce défi particulier que la direction de santé publique des Laurentides a choisi de relever dans la mise à jour de son Plan d'action régional 2010-2015. Quatre conditions de réussite ont été identifiées afin de soutenir les changements proposés dans ce plan d'action, soit :

Pour «produire la santé», il faut motiver et soutenir des changements individuels, environnementaux et organisationnels favorables au développement et au maintien de la santé et du bien-être de la population.

1. Renforcer l'intégration des activités de santé publique.
2. Poursuivre l'intégration de la prévention-promotion dans le continuum de soins en renforçant les collaborations avec les partenaires du réseau de la santé.
3. Renforcer la collaboration avec les partenaires intersectoriels.
4. Maintenir une gestion efficiente des activités de santé.

La version finale du plan d'action régional devrait paraître au cours de l'année 2010 et s'adressera aux intervenants régionaux et locaux en santé publique de la région des Laurentides ainsi qu'à tous leurs partenaires régionaux.

Surveillance, recherche et évaluation

Volet surveillance

Pour améliorer sa capacité à surveiller de manière continue l'état de santé de la population et détecter les problèmes en émergence, l'équipe de la surveillance, de la recherche et de l'évaluation a poursuivi ses travaux d'amélioration et de systématisation de son dispositif régional de surveillance continue des données sociosanitaires.

La lutte au cancer étant une priorité pour l'Agence des Laurentides, l'équipe a contribué à documenter l'état de situation régional en réalisant des analyses de tendances en lien avec l'incidence et la mortalité par cancer dans la région. Ce projet a nécessité la collaboration d'experts de chacun des domaines de santé publique pour l'interprétation et l'analyse de l'information produite.

L'équipe a aussi travaillé à la production d'un nouveau bilan du Programme québécois de dépistage du cancer du sein dans la région des Laurentides pour la période donnant entre janvier 2003 et décembre 2008.

De plus, l'équipe a réalisé plusieurs activités de surveillance en soutien ou en collaboration avec d'autres équipes de santé publique, les partenaires du réseau de la santé et intersectoriels. C'est le cas, notamment de la contribution aux activités déployées lors de la pandémie, particulièrement par le suivi des taux de couverture vaccinale.

Enfin, les principaux projets de surveillance actuellement en cours sont la mise à jour des portraits de santé de la population de la région et pour chacun des territoires de CSSS.

Volet recherche et évaluation

L'équipe de la recherche et de l'évaluation a apporté une contribution scientifique à divers projets, en collaboration avec le réseau de la santé et les partenaires intersectoriels. Ainsi, elle a participé au colloque régional *Journées proches aidants avec un grand A* destiné à amorcer la mise en œuvre des pistes d'action afin de mieux soutenir les aidants naturels de la région.

L'équipe s'est aussi impliquée dans le pilotage de l'étude sur le développement durable dans la MRC des Laurentides et a réalisé une cartographie de la situation de la sécurité alimentaire dans la région.

Finalement, l'équipe participe actuellement à deux projets régionaux d'évaluation. Dans le premier cas, elle assure la coordination de l'évaluation de deux programmes d'intervention en promotion des saines habitudes de vie et en prévention des maladies chroniques. Le but de cette évaluation est de produire les recommandations nécessaires à l'amélioration de l'implantation de ces programmes. Dans le deuxième cas, l'équipe contribue activement à l'étude du Conseil régional de développement social des Laurentides portant sur les principaux enjeux de développement social dans les MRC de la région. Cette étude vise à proposer des pistes d'action intersectorielles et à soutenir les mobilisations régionales et locales.

Vigie et protection – maladies infectieuses

Pandémie de grippe A(H1N1)

L'événement marquant de l'année 2009 est sans contredit l'avènement de la pandémie de grippe A(H1N1). Le 25 avril 2009, le MSSS mettait sur pied une surveillance active de la grippe A(H1N1) d'origine porcine au Québec. Le 11 juin 2009, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) rehaussait son niveau d'alerte à la phase 6, indiquant la présence d'une pandémie.

La surveillance, la gestion des cas et des contacts, la création de corridors de service pour les consultations ainsi que l'information aux différents partenaires ont été des activités menées par la direction de santé publique. Lors de cette première vague pandémique, 105 cas confirmés ont été répertoriés, 34 hospitalisations et un décès est survenu.

Après quelques mois d'accalmie, la deuxième vague de grippe A(H1N1) a débuté à la fin du mois d'août 2009 pour se terminer officiellement le 18 décembre 2009. Dans les Laurentides, lors de cette deuxième vague :

- 640 cas ont été confirmés par laboratoire
- 246 cas confirmés ont nécessité une hospitalisation
- 30 cas confirmés ont dû être admis aux soins intensifs
- 13 décès ont été rapportés

La direction de santé publique a offert son soutien pour la mise en place des cliniques de vaccination massive, la gestion des vaccins ainsi que leur administration. La vaccination contre la grippe A(H1N1) a débuté le 26 octobre dans les Laurentides. Des stratégies spécifiques ont été déployées pour rejoindre de façon prioritaire les femmes enceintes, les enfants de 6 mois à cinq ans, les personnes de moins de 65 ans avec maladie chronique et les personnes habitant avec un proche à risque. Des séances de vaccination spéciales ont également été organisées pour les personnes allergiques aux œufs.

Chez les travailleurs de la santé, le taux de vaccination contre la grippe A(H1N1) a été largement supérieur au taux de vaccination contre l'influenza saisonnière obtenu lors des saisons antérieures. Par ailleurs, le taux de vaccination de la population s'est élevé à 57 %, ce qui se situe dans la moyenne provinciale de 57,3 %.

Une surveillance étroite des manifestations cliniques inhabituelles (MCI) survenues après la vaccination a également été effectuée. Quatre cent vingt-six MCI ont été déclarées dont 215 ont été retenues et enquêtées. La majorité de ces manifestations étaient modérées ou légères et aucun choc anaphylactique n'a été rapporté.

Activités en lien avec la prévention des infections nosocomiales

La direction de santé publique a poursuivi ses efforts de coordination et de concertation régionales en matière de prévention des infections nosocomiales. Ainsi, le taux d'incidence des diarrhées associées au Clostridium difficile dans les hôpitaux de la région s'est stabilisé autour de la moyenne provinciale. Cela indique une baisse constante du taux de Clostridium difficile depuis le début de l'épidémie.

Activités en lien avec les maladies à déclaration obligatoire

Plusieurs éclosions de maladies à déclaration obligatoire (MADO) sont survenues au cours de l'année 2009 et ont nécessité des enquêtes épidémiologiques. Des mesures de prévention ont été mises en place afin d'éviter la transmission à d'autres personnes et de la prophylaxie a été offerte aux contacts de ces cas.

- Gastro-entérite épidémique

Une trentaine d'éclosions de gastro-entérite ont été rapportées dans différents milieux tels des résidences privées pour personnes âgées, des CHSLD, des écoles et des milieux de garde à l'enfance. Les mesures d'hygiène ont été rehaussées, l'exclusion des personnes malades recommandée et des lettres d'information ont été distribuées lorsque requis.

- Coqueluche

Au cours de l'hiver et du printemps 2009, 95 cas de coqueluche ont été déclarés, ce qui représente une nette augmentation du nombre de déclarations par rapport aux années antérieures. Cinq éclosions ont aussi été rapportées dans des écoles. À la suite des enquêtes, les mesures visant à protéger les nourrissons, notamment la prophylaxie antibiotique, ont été recommandées et de l'information a été acheminée aux professionnels de la santé de la région.

- Hépatite A

En juillet 2009, une éclosion d'hépatite A reliée à un service de garde en milieu familial a touché notre région ainsi que la région de Lanaudière. En plus de la réalisation des enquêtes, la direction de santé publique a collaboré à la mise en place de mesures de protection et de prévention, a transmis de l'information pertinente aux personnes concernées et a coordonné les activités de dépistage et de vaccination qui ont eu lieu.

- Oreillons

Depuis l'automne 2009, le Québec connaît une recrudescence des oreillons. Au cours des mois d'octobre et de novembre, des éclosions ont d'abord touché les communautés juives hassidiques de Montréal et des Laurentides où 13 cas ont été déclarés. En décembre, ce fut au tour de certaines communautés autochtones de la province. Par la suite, 13 régions du Québec ont été touchées, les Laurentides se situant au cinquième rang pour le nombre de cas. Depuis le 1er décembre 2009, un total de 12 cas ont été déclarés dans la région. De ces 12 cas, sept sont reliés à une éclosion qui a atteint une école de la région de Lanaudière.

L'exclusion des cas du milieu fréquenté, école ou autre, et la mise à jour de la vaccination des contacts âgés de un an et plus ont été recommandées. Depuis décembre 2009, les directions de santé publique du Québec acheminent hebdomadairement toutes les informations pertinentes sur les cas déclarés au Bureau de surveillance et de vigie du MSSS, ce qui permet d'assurer la surveillance provinciale de cette maladie.

Vigie et protection – santé environnementale

Contamination chimique

L'année 2009 a été marquée par de multiples interventions par l'équipe de santé environnementale liées à des contaminations chimiques du milieu provenant d'activités ou d'accidents industriels. Parmi les interventions effectuées, citons un accident survenu dans un réacteur de polymérisation de la compagnie Arclin de Sainte-Thérèse, ce qui a libéré plusieurs tonnes de produits chimiques dans l'atmosphère. L'évacuation du quartier et la décontamination de plusieurs personnes a été nécessaire. La direction de santé publique est intervenue rapi-

dement en collaboration avec les services municipaux pour évaluer les risques sanitaires engendrés par cette contamination et pour informer la population.

Une autre intervention a été nécessaire, en février 2010, lorsque les autorités du pénitencier fédéral de La Macaza ont signalé la présence de trichloroéthylène (TCE) dans l'eau d'un puits situé sur leur terrain. À la suite de ce signalement, les 49 puits résidentiels situés à proximité du pénitencier ont tous été investigués sans exception. Un seul puits a présenté des concentrations témoignant d'une contamination à l'extérieur du terrain fédéral, mais à une concentration peu inquiétante en matière de santé publique. Un suivi de la contamination environnementale sera effectué sur une période de deux années et les interventions seront ajustées en conséquence.

Chaleur accablante

Depuis 2004, l'équipe en santé environnementale participe à la prévention des effets à la santé des épisodes de chaleur accablante. En 2005, un comité supra-régional comprenant les régions de Montréal, Laval, Laurentides, Lanaudière et Montérégie a adopté une approche commune de gestion de cette problématique.

Après une période d'essai de trois ans, le Plan de prévention et protection en cas de chaleur accablante pour les Laurentides a été adopté par la DSP en avril 2009. Ce plan prévoit notamment de diffuser des messages de prévention destinés aux CPE, aux écoles, aux camps de jours, aux municipalités, aux CSSS, aux CHSLD, aux résidences privées et aux travailleurs.

De plus, en collaboration avec les partenaires locaux et régionaux de sécurité civile, les municipalités et les CSSS ont été invités à développer un plan d'urgence spécifique en cas de chaleur accablante. Soulignons que les outils de communication destinés aux écoles et aux camps de jour conçus par l'équipe de santé environnementale sont maintenant utilisés par d'autres régions. Ce projet est un exemple de partenariat efficace entre l'Agence, les CSSS, les municipalités et la Sécurité civile.

Eau potable

La direction de santé publique assure le suivi de la qualité de l'eau potable de plus de 600 réseaux publics et privés, en partenariat avec le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs (MDDEP). Selon le Règlement sur la qualité de l'eau potable (RQEP), tout approvisionnement en eau de surface (lac, rivière, ruisseau) doit avoir subi une filtration et une désinfection avant distribution à la population.

En 2008, dans les Laurentides, 25 réseaux municipaux en eau de surface, desservant une population de 48 500 personnes, ne répondaient pas aux normes. La moitié de la population concernée au départ est maintenant desservie par un réseau d'aqueduc répondant aux exigences du RQEP. Actuellement, il ne reste que sept réseaux où la mise à niveau est à compléter.

Promotion de la santé et prévention des maladies

Allaitement maternel

En mai 2009, le ministère de la Santé et des Services sociaux a accordé l'agrément Initiative ami des bébés (IAB) au CSSS de Thérèse-De Blainville. Parmi les 18 établissements certifiés au Québec, le CSSS de Thérèse-De Blainville est le deuxième, sur le plan national et régional, à obtenir cet agrément pour l'ensemble de l'établissement, soit le CLSC et les deux centres d'hébergement.

L'Initiative amis des bébés est une reconnaissance de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), placée sous la responsabilité de l'UNICEF. Le processus d'agrément vise à mettre en place des pratiques entourant la naissance qui favorisent entre autres le respect du rythme du nouveau-né, la proximité mère-enfant, l'alimentation à la demande et le développement du lien d'attachement.

Dans la région des Laurentides, l'Hôpital de Saint-Eustache (deuxième au Québec) et le CLSC d'Argenteuil (premier en Amérique du Nord) ont été certifiés Amis des bébés en 2004. Présentement, la région compte aussi les deux CSSS

au Québec à avoir certifié toutes ses installations : le CSSS des Sommets en 2008 et, depuis 2009, le CSSS de Thérèse-De Blainville. Les CSSS d'Argenteuil et du Lac-des-Deux-Montagnes se préparent à une réévaluation en 2010.

Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance

Tous les CSSS de la région offrent les services aux familles vulnérables à qui ils proposent des activités contribuant au développement de leur potentiel. Cette année, les CSSS de la région ont offert ces services à 375 familles.

Pour la quatrième année consécutive, les familles suivies dans le cadre des services intégrés en périnatalité et la petite enfance (SIPPE) ont reçu gratuitement une trousse de prévention des blessures chez les enfants. Cette intervention fait partie des actions visant à mettre en place des environnements favorables au développement optimal des enfants. Finalement, une formation de deux jours portant sur le trouble de personnalité limite a été offerte à 23 intervenants oeuvrant auprès de ces familles.

0-5-30 Combinaison Prévention

Cette année, huit nouveaux milieux de travail et une municipalité se sont ajoutés aux autres milieux déjà mobilisés dans le programme 0-5-30 Combinaison Prévention. C'est donc un total de 52 milieux de travail, deux MRC et 28 municipalités qui font la promotion de saines habitudes de vie auprès des travailleurs et citoyens de la région.

Une firme externe a aussi été mandatée pour réaliser une évaluation des effets de la stratégie environnementale en milieu de travail. Cette évaluation qui aura lieu durant les deux prochaines années permettra de vérifier si les employés des milieux de travail 0-5-30 ont amélioré leurs habitudes de vie grâce au programme et aussi de mettre en lumière les environnements favorables aux changements d'habitudes de vie.

Au volet des communications, des outils de mobilisation des milieux ont été développés et d'autres ont été mis à jour. Des campagnes de communication ont ponctué l'année et ont permis de bonifier les messages d'adoption et de maintien de saines habitudes de vie véhiculés par le programme.

Pratiques cliniques préventives

Puisque plus de 70 % de la population des Laurentides consulte un médecin au cours d'une année, l'impact d'une intervention préventive efficace effectuée par le médecin peut être très important. Un des défis de la direction de santé publique est donc de mobiliser et de soutenir les médecins pour qu'ils détectent des problèmes de santé avant qu'ils ne se manifestent cliniquement et contribuent à en prévenir les conséquences par des interventions préventives.

Le secteur de la prévention des maladies chroniques a été retenu comme priorité dans le choix des pratiques cliniques préventives pour lesquelles une offre de soutien a été développée. Les groupes de médecine de famille (GMF) ont été retenus comme milieux à cibler. Tous les CSSS de la région ont été soutenus pour préparer une offre de soutien aux GMF de leur territoire respectif pour favoriser l'application de ces pratiques.

Des guides de systématisation des soins ont été développés pour les consultations en saines habitudes de vie, pour le dépistage et la prévention des infections transmissibles sexuellement ainsi que pour le dépistage du cancer du col et du cancer du sein. Le type de soutien offert est adapté aux besoins du milieu et combine un ensemble de stratégies telles la formation, des guides de pratique, des outils pour le clinicien ou le patient, de même que le soutien à des modifications de l'organisation du travail le rendant plus propice à la prévention en milieu clinique.

Dans ce contexte, la direction de santé publique a accompagné des nutritionnistes et kinésiologues des CSSS de la région pour implanter des services de consultation intensive visant à augmenter la motivation à l'adoption d'une saine alimentation et d'un mode de vie plus actif.

Ces services s'ajoutent à ceux des centres d'abandon du tabac et sont regroupés sous l'appellation de Services de motivation à l'adoption de saines habitudes de vie (SMASH).

Considérant l'abondance de données probantes quant à son efficacité, l'approche de l'entretien motivationnel a été retenue et plus de 60 intervenants de la région ont été formés. L'accompagnement des patients dans le cadre proposé par le service SMASH vise à leur permettre d'exercer un plus grand contrôle sur leur santé et de faire des choix favorables à celle-ci.

Lutte au tabagisme

Dans le cadre des activités du plan de lutte au tabagisme, les centres d'abandon du tabagisme (CAT) présents dans tous les CSSS de la région offrent gratuitement aux fumeurs qui choisissent d'écraser des consultations individuelles ou de groupe pour les soutenir dans leur démarche.

De plus, depuis maintenant plus d'un an, les fumeurs de la région peuvent se présenter directement à leur pharmacie pour se prévaloir de l'ordonnance collective émise par la direction de santé publique pour les thérapies de remplacement de la nicotine. Elle permet aux fumeurs qui n'ont pas accès facilement à un médecin de famille d'obtenir une prescription de timbres et/ou de gomme de nicotine couverte par la plupart des régimes d'assurance médicaments. Cette année pas moins de 2 070 personnes ont eu recours à cette ordonnance collective disponible dans toutes les pharmacies de la région.

La direction de santé publique, en collaboration avec le Conseil québécois sur le tabac et la santé, s'implique également auprès des jeunes par son soutien au Programme Gang allumée. Cette année, des jeunes fumeurs et non-fumeurs de sept écoles secondaires et maisons des jeunes ont mis sur pied différents projets afin de faire la lutte au tabagisme dans leur milieu. Par leur investissement, ces participants ont permis de rejoindre un peu plus de 2 600 jeunes et 550 adultes.

Développement des communautés

Dans le domaine du développement des communautés, la direction de santé publique a consolidé sa stratégie d'intervention en action communautaire. D'une part, elle a continué de s'impliquer auprès des instances régionales de concertation (Conférence administrative régionale, Commission régionale des élus, Conseil régional de développement social) dans le but de favoriser les interventions concertées visant le développement social et la lutte aux inégalités.

D'autre part, la direction de santé publique a maintenu son soutien à des projets d'action locaux et régionaux, dont deux d'envergure :

- Un projet de recherche-action sur le développement social dans la région des Laurentides documentant les facteurs clés du développement sur les plans humain, social, économique et physique. Ce projet a pour objectif d'identifier des pistes d'action pour les partenaires concernés.

- Un projet de coordination entre les différents partenaires régionaux et locaux impliqués en sécurité alimentaire auprès de familles à faible revenu pour augmenter la disponibilité et améliorer l'accessibilité à des produits à la base d'une saine alimentation (lait, œufs, produits protéinés, fruits et légumes). Ce projet permet de créer un arrimage entre la lutte à la pauvreté et le développement de saines habitudes de vie pour les jeunes de milieux défavorisés. Mentionnons aussi que ce projet a été retenu pour financement par la Société de gestion du fonds pour les saines habitudes de vie, une première pour notre région.

La direction de santé publique a également maintenu son soutien à 23 projets alternatifs au dépannage alimentaire par le financement de cuisines collectives et de jardins collectifs.

École en Santé

Pour la cinquième année consécutive, le nombre total d'écoles qui intègrent l'approche École en santé est en croissance dans notre région. Les écoles qui veulent combiner les actions reconnues efficaces pour la réussite, la santé et le bien-être des jeunes peuvent ainsi

compter sur des accompagnateurs des CSSS et des commissions scolaires formés pour les soutenir à cet effet. Au cours de la dernière année, ces accompagnateurs se sont impliqués directement auprès de 51 écoles de la région.

Prenant en compte les nouvelles réalités des écoles qui doivent composer depuis quelques années avec l'arrivée de politiques, stratégies et plans d'action portant sur des problématiques de santé (saines habitudes de vie, prévention de la violence à l'école, éducation à la sexualité) la direction de santé publique a consolidé une équipe de professionnels affectée au soutien des CSSS et des commissions scolaires. Elle a également revu sa stratégie régionale pour que l'approche École en santé s'intègre mieux dans les planifications des écoles et soit au cœur de toutes les interventions de promotion et de prévention en milieu scolaire.

Des démarches se sont aussi poursuivies auprès des organismes communautaires qui proposent des activités de prévention ou de promotion de la santé aux écoles, afin de les soutenir dans l'ajustement de leurs actions selon cette approche.

Santé mentale

Le suicide est la cause principale de mortalité prématurée. Pour la région des Laurentides, les données indiquent qu'environ 80 décès surviennent chaque année, majoritairement chez des hommes âgés entre 20 et 59 ans. C'est pourquoi le traitement adéquat de l'information ainsi que la couverture médiatique d'événement suicidaire revêtent une grande importance.

Plusieurs études semblent établir qu'un suicide très médiatisé peut entraîner beaucoup de détresse dans la population et peut produire un effet de contagion. Lorsque le sujet est bien traité par les médias, un effet préventif est escompté. Dans ce contexte, la direction de santé publique, en collaboration avec le Centre prévention du suicide Le Faubourg, a produit une fiche synthèse sur la thématique du suicide à l'attention des médias de la région des Laurentides. Cette fiche vise à favoriser un traitement médiatique approprié et sensible lors d'un événement suicidaire.

Santé au travail

L'équipe de santé au travail a pour mandat de prévenir l'apparition ou l'aggravation des maladies reliées au travail. Pour ce faire, des visites sont effectuées dans les entreprises de la région afin d'évaluer les risques à la santé auxquels les travailleurs peuvent être exposés.

Pour une maternité sans danger

Au cours de l'année civile 2009, 2 723 demandes ont été traitées dans le cadre du Programme Pour une maternité sans danger. Ce programme consiste en une mesure de prévention qui vise le maintien en emploi de la travailleuse enceinte ou qui allaite sans que son travail ne présente un danger pour elle-même et son enfant à naître ou allaité. À défaut de pouvoir modifier son poste de travail ou de l'affecter à un autre poste, la travailleuse enceinte ou qui allaite peut être retirée temporairement de son emploi.

Le nombre de demandes reçues a augmenté d'environ 16 % par rapport à l'année précédente, ce qui est plus élevé que la hausse annuelle de 4 % connue au cours des dernières années. Cet accroissement marqué s'explique par la pandémie de grippe A(H1N1) au cours de laquelle plusieurs femmes enceintes ont bénéficié du programme.

Maladies, infections et intoxications à déclaration obligatoire

L'équipe en santé au travail continue de suivre les maladies, infections et intoxications à déclaration obligatoire chez les travailleurs. Au cours de l'année 2009, des enquêtes ont été effectuées pour 20 nouveaux cas de maladies professionnelles pulmonaires dont 60 % des travailleurs présentaient un diagnostic d'amiantose. Les autres maladies diagnostiquées réfèrent à la silicose, au cancer pulmonaire, à la pneumoconiose à poussières mixtes et à la sensibilisation au béryllium. Pour ce qui est de l'asthme professionnel, aucun cas n'a été déclaré en 2009.

Troubles musculosquelettiques

Tout comme dans le reste de la province, les troubles musculosquelettiques (TMS) constituent une des princi-

pales causes de lésion professionnelle. Cette problématique étant une priorité d'action dans le réseau de santé publique en santé au travail a conduit, en 2008, à la mise en place d'un programme réseau de prévention des TMS. Ce programme a pour but de soutenir les intervenants des CSSS dans le cadre de l'évaluation du risque de TMS dans les entreprises.

Pour l'année 2009, un bilan régional sur les TMS s'inscrivant dans le cadre de ce nouveau programme a été réalisé. Les principaux résultats ont révélé que l'évaluation permettant de repérer les facteurs de risque de TMS a été effectuée dans 79 % des milieux de travail visités. Le risque de TMS a été identifié dans 16 % de ces établissements et, parmi ceux-ci, des activités de prévention ont été réalisées dans une proportion de 19 %.

Dans un souci de bien comprendre la situation des troubles musculosquelettiques et de dégager les particularités de notre région, un portrait régional sur les TMS sera réalisé au cours de l'année 2010. Ce portrait sera un outil d'action supplémentaire dans le travail de prévention des TMS auprès des travailleurs de la région des Laurentides.

Nouvelle démarche de signalement dans les milieux de travail

Pour l'année 2010, une priorité nationale s'est ajoutée. Il s'agit du déploiement de la Démarche provinciale de signalement des déficiences susceptibles de nécessiter une mesure de prévention. La direction de santé publique, en collaboration avec la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) et les équipes locales en santé au travail des CSSS, conviennent des modalités de suivi de signalement afin qu'une prise en charge rapide et efficace des dangers pour la santé des travailleurs puisse être assurée par l'employeur. L'année 2010 sera une période d'appropriation de cette démarche et des outils de suivi.

Plan d'action 2010-2012

Toujours dans un objectif de protection de la santé des travailleurs, le réseau de santé publique en santé au travail s'est doté en 2010 d'un plan stratégique incluant un plan d'action 2010-2012. Ce plan stratégique vise à répondre aux enjeux suivants : la prise en charge de la prévention par les milieux de travail, la connaissance des milieux de travail et la surveillance de l'état de santé des travailleurs ainsi que de leur exposition aux risques.

La direction des services sociaux est responsable de soutenir l'organisation des services d'adaptation et de réadaptation offerts dans la région, et ce, en assurant leur intégration avec les activités de santé publique et de santé physique. De plus, elle a la responsabilité de la gestion du programme de soutien aux organismes communautaires.

Direction des services sociaux

Direction des services sociaux

Grippe A (H1N1)

Tout comme les autres directions de l'Agence des Laurentides, la direction des services sociaux a été mise à contribution dans la lutte à la pandémie de grippe A(H1N1). Dans ce contexte, l'équipe des services sociaux s'est surtout concentrée sur l'achat de places d'hébergement pour libérer des lits d'hospitalisation et sur la coordination des services psychosociaux offerts à la population. Afin de soutenir les CSSS dans les services psychosociaux qu'ils devaient dispenser, une formation a été offerte à 26 intervenants locaux.

Mise à jour du Répertoire des ressources

Le Répertoire des ressources en santé et services sociaux contient de nombreuses informations sur l'ensemble des services reliés à la santé offerts dans la région (CSSS, CLSC, cliniques médicales, GMF, organismes communautaires, etc.). Utilisé par les répondants du service Info-Santé afin de bien diriger la clientèle vers les services de santé appropriés, ce répertoire doit contenir des données à jour. La mise à jour de ces informations est assumée par l'équipe de la direction des services sociaux.

Mentionnons aussi que le Répertoire des ressources a grandement été utilisé dans le cadre de la pandémie afin d'indiquer les centres de vaccination et cliniques de grippe ouverts dans la région des Laurentides.

Services de santé mentale

Les établissements de santé et de services sociaux de la région ont déployé plusieurs efforts pour rehausser l'offre de services en soutien d'intensité variable et en suivi intensif dans le milieu. Aussi, un sous-comité de la table régionale en santé mentale a amorcé des travaux visant à favoriser la fluidité de la trajectoire de services pré et post hospitalisations dans le sud de la région.

Transfert de services

De plus, les travaux de transfert de certains services socio-résidentiels du CSSS d'Antoine-Labelle vers les CSSS des Pays-d'en-Haut et des Sommets se sont finalisés et le scénario de partage des ressources a été accepté par tous les établissements visés. Au terme de cette démarche, prévu en mars 2011, le continuum de services sera offert dans l'ensemble de la partie nord de la région.

Projet Passage

Le projet Passage a été mis sur pied. Il consiste à offrir des services de santé mentale aux détenus du Centre de détention de Saint-Jérôme pendant et après leur période d'incarcération. Ce projet est le fruit d'un partenariat entre le CSSS des Pays-d'en-Haut, la Sécurité publique (notamment le Centre de détention de Saint-Jérôme) et l'Agence des Laurentides.

Dépendance

Une fonction d'intervenant-pivot en dépendance a été implantée dans les CSSS de Saint-Jérôme et des Sommets afin d'améliorer la détection des problèmes de dépendance, l'accessibilité aux services de première ligne et les arrimages avec les services spécialisés.

Certification des organismes d'hébergement en toxicomanie

En raison de la loi qui les obligera bientôt à obtenir une certification du ministère de la Santé et des Services sociaux, plusieurs organismes d'hébergement en toxicomanie ont initié des démarches afin d'obtenir cette certification.

Perte d'autonomie liée au vieillissement

Réseau de services intégrés pour les personnes âgées

L'implantation du réseau de services intégrés pour les personnes âgées s'est poursuivie. La région des Laurentides est d'ailleurs une des premières à avoir complété le déploiement de la phase I de la solution informatique dans les CSSS, ce qui permettra de constituer un dossier unique et informatisé pour les aînés.

Certification des résidences privées

Les 151 résidences privées pour personnes âgées de la région ont fait leur demande de certification. Une proportion de 91,3 % d'entre elles (soit 138 résidences) sont désormais certifiées.

Soutien aux proches aidants

Un colloque présentant les résultats de la recherche sur les besoins des proches aidants a permis de cibler les priorités en matière de services de répit et d'élaborer un plan d'action. Les Laurentides ont d'ailleurs obtenu le statut de région pilote pour conclure une entente avec la société de gestion Aidants des aînés dans le but de développer une plus vaste gamme de services pour les proches aidants.

Personnes atteintes de troubles cognitifs

Dans la perspective d'assurer un meilleur accès aux services et une meilleure continuité pour les personnes atteintes de troubles cognitifs, un exercice d'identification des problématiques rencontrées et de certains écarts de services a été amorcé. Cette analyse permettra de mettre en place des mesures pour améliorer la prévention, le dépistage, l'évaluation, le traitement et la prise en charge de cette clientèle.

Le déploiement de la deuxième année du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience a permis la résorption de 90 % des listes d'attente pour l'obtention de services.

Aide à domicile

Grâce à la création d'une nouvelle entreprise d'économie sociale en aide domestique dans la MRC d'Argenteuil, tous les territoires des Laurentides comptent maintenant sur un organisme offrant des services en aide à domicile pour les personnes vulnérables.

Hébergement

La révision des modalités du mécanisme d'accès à l'hébergement des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement a conduit à l'adoption d'un nouveau cadre de gestion. Ce mécanisme d'accès demeure géré par les CSSS qui sont les mieux placés pour orienter les personnes, de plus en plus nombreuses dans notre région, vers les ressources d'hébergement appropriées.

Jeunes en difficulté

L'entente de collaboration entre le Centre jeunesse et les CSSS de la région a fait l'objet d'une appropriation en vue de la conclusion d'ententes locales qui préciseront les rôles et les responsabilités des différents intervenants. Ces ententes permettront d'améliorer le continuum de services offerts aux jeunes en difficultés et à leur famille.

Le service de crise et suivi intensif pour les jeunes et leur famille ont aussi été mis en place dans l'ensemble de la région. De plus, les CSSS ont finalisé les ententes de service avec les organismes communautaires pour la supervision des droits d'accès.

Déficience physique, intellectuelle et troubles envahissants du développement

Le déploiement de la deuxième année du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience a permis la résorption de 90 % des listes d'attente pour l'obtention de services.

Par ailleurs, en matière de hiérarchisation de services, le centre de réadaptation en déficience intellectuelle Le Florès et les CSSS de la région se sont inscrits dans un processus continu de bonification et d'ajustement de leur entente. Une première entente entre le centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier et le CSSS d'Antoine-Labelle a d'ailleurs été conclue.

Révision du cadre normatif - Soutien à la personne

Le conseil d'administration a adopté la révision du cadre normatif Soutien à la personne qui s'adresse aux personnes handicapées et particulièrement à celles ayant des besoins d'aide physique. L'objectif de ce programme est de permettre à cette clientèle de demeurer le plus longtemps possible dans son milieu de vie naturel, si tel est son choix.

Cette révision a permis d'apporter des précisions notamment en lien avec la clientèle admissible, les conditions ainsi que les critères d'admissibilité. Les sept CSSS se sont entendus sur le cheminement optimal d'une demande de soutien à la personne, volet aide à domicile et les rôles et responsabilités des différents acteurs ont été précisés.

La mise en application de ce cadre révisé devait avoir lieu en décembre 2009, mais en raison de la pandémie, elle a été reportée en mai 2010.

Hébergement

Une entente de service avec la Fondation Intégr'action et la Fondation Martin Matte a été conclue pour développer 11 places résidentielles pour la clientèle adulte aux prises avec une déficience physique.

Réadaptation fonctionnelle intensive

Dans le cadre de la réorganisation des services de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI), le CSSS d'Argenteuil et le CSSS des Sommets ont été identifiés afin d'y installer deux unités spécialisées en réadaptation. La phase I du projet s'échelonnera jusqu'au printemps 2011 et consiste en la création de 16 places de RFI au CSSS d'Argenteuil et de six places au CSSS des Sommets. À cela, s'ajoute la création de 14 places de RFI en consultation externe. À ce jour, 10 de ces 14 places ont été ouvertes.

Le déploiement complet du projet aura lieu jusqu'en 2015. À terme, on comptera 26 places de RFI au CSSS d'Argenteuil, 12 au CSSS des Sommets et 24 places de consultation externe.

Soutien et interprétariat pour personnes sourdes

Une première entente entre l'Agence des Laurentides et le Service régional d'interprétariat de Lanaudière a été réalisée afin que cet organisme puisse offrir des services d'interprétariat et d'aide à la communication à la clientèle sourde des Laurentides.

Troubles graves de comportement

En matière d'organisation des services pour les personnes présentant des problématiques complexes doublées de troubles graves de comportement, les activités visant le développement de compétences dans les établissements se sont poursuivies.

Un projet visant à réorganiser les services en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (DI-TED) a été élaboré par l'Agence des Laurentides. L'objectif est de confier l'offre de services en DI-TED à un seul centre de réadaptation afin de développer une offre de service spécialisée qui soit fluide et équitable dans l'ensemble de la région. Le centre de réadaptation en déficience intellectuelle Le Florès a été identifié afin de remplir ce mandat.

L'Agence veut profiter de cette réorganisation dans le but d'améliorer son offre de service auprès des personnes âgées et pour les personnes de moins de 65 ans en perte d'autonomie liée à une maladie dégénérative. C'est dans ce contexte que s'est tenue une révision de la mission du Pavillon Sainte-Marie de Saint-Jérôme qui héberge des personnes aux prises avec une déficience intellectuelle et/ou un trouble envahissant du développement. L'Agence a soumis ce projet au Ministère qui prendra position à cet égard.

Femmes et enfants victimes de violence conjugale et d'agression sexuelle

La direction des services sociaux a soutenu les six tables locales de concertation intersectorielle en matière de violence conjugale et d'agression sexuelle. Trois protocoles d'entente entre les corps de police, les CSSS et les organismes communautaires concernés par le problème de la violence conjugale ont été rédigés et neuf projets locaux ou régionaux ont reçu un soutien financier. Les outils de la campagne pour contrer la violence conjugale portant sur les conjoints violents ont été largement diffusés.

Une demande de financement a été déposée et accueillie favorablement par le Ministère pour atteindre les normes et standards de pratique pour l'évaluation et l'intervention auprès des agresseurs sexuels.

Soutien communautaire en logement social

Des services d'intervention de soutien communautaire en logement social sont actuellement dispensés dans plus de 20 municipalités de la région. Les CSSS coordonnent ces services offerts dans les Offices municipales d'habitation (OMH), dans les organismes à but non lucratif et les Coopératives d'habitation. Ces services rejoignent principalement les personnes en perte d'autonomie liées au vieillissement et les familles.

Ressources non institutionnelles

Le secteur des ressources non institutionnelles, c'est-à-dire les ressources intermédiaires (RI) et les ressources intermédiaires de type familiale (RTF), a été marqué par l'adoption du projet de loi 49 visant la syndicalisation des ressources intermédiaires de moins de neuf places et les ressources de type familial.
Ce nouveau cadre législatif entraînera des changements sur le plan des relations entre ces ressources et les établissements auxquels elles sont rattachées et impliquera une modification des rôles de l'Agence des Laurentides. Ainsi, les responsabilités de l'Agence augmenteront à l'égard de ces ressources, notamment par une imputabilité beaucoup plus grande relativement à leur reconnaissance.

Une session d'information sur les impacts de cette loi a été donnée aux gestionnaires des établissements.

Soutien aux organismes communautaires

Le Cadre de référence pour l'application régionale du programme de soutien aux organismes communautaires 2010-2015 a été élaboré et adopté. Il a pour but, d'une part, de reconnaître la contribution essentielle des organismes communautaires à la santé et au bien-être de la population et, d'autre part, d'identifier les principes guidant l'attribution de soutien financier à ces organismes. Ce document permet notamment de s'assurer d'offrir un traitement équitable et transparent aux organismes demandeurs.

Plusieurs membres du Regroupement des organismes communautaires des Laurentides (ROCL) ont souligné avec enthousiasme l'aboutissement de cette démarche importante.

La direction régionale des affaires médicales et la direction régionale de la santé physique ont pour mandat de travailler en tandem. La direction régionale des affaire médicales est responsable de l'organisation des services médicaux dans les Laurentides. Quant à la direction régionale de la santé physique, elle voit à l'organisation de tous les services reliés à la santé physique des personnes et des services préhospitaliers d'urgence.

Direction régionale des affaires médicales et direction régionale de la santé physique

Direction régionale des affaires médicales et direction régionale de la santé physique

En mars 2010, la direction régionale des affaires médicales et hospitalières a été scindée en deux nouvelles entités, créant ainsi la direction régionale des affaires médicales et la direction régionale de la santé physique. Cette réorganisation avait pour but d'offrir un meilleur soutien aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux des Laurentides devant les enjeux de services auxquels ils font face.

Recrutement de médecins

Dans le cadre du Plan régional d'effectifs médicaux (PREM) en médecine générale, la région des Laurentides est autorisée par le ministère de la Santé et des Services sociaux à recruter 27 nouveaux médecins en 2010, soit 16 postes pour les médecins débutant leur pratique et 11 postes pour les médecins déjà en pratique qui souhaitent se joindre à la région. Quelque 450 médecins omnipraticiens exercent dans les Laurentides.

Par ailleurs, le nombre de postes en médecine spécialisée autorisés pour la région a été augmenté de six en 2010 pour un total de 246. Sur ce nombre, 29 postes sont vacants et restent à être comblés.

L'Agence des Laurentides travaille à recruter de nouveaux médecins omnipraticiens et spécialistes afin de combler ces besoins.

Groupe de médecine familiale

En collaboration avec le département régional de médecine générale, la direction régionale des affaires médicales a poursuivi la sollicitation auprès des médecins de la région intéressés à faire de leur cabinet un groupe de médecine familiale (GMF). Cette organisation offre aux cliniques participantes le soutien de leur CSSS qui leur fournit entre autres les services d'infirmières cliniciennes. Cette façon de faire facilite le travail des médecins et permet une meilleure efficience. Le tout, dans le but d'améliorer les services de médecine familiale offerts à la population de la région.

Un nouveau GMF a été accrédité en 2009, soit le GMF Fontainebleau, ce qui porte à 14 le nombre de GMF dans la région. Huit cliniques médicales ont également initié les démarches préparatoires d'accréditation, ce qui permettra d'atteindre l'objectif de 22 GMF dans les Laurentides au cours de la prochaine année.

Chirurgies

Le suivi des délais d'attente pour des chirurgies s'est poursuivi à l'aide du Système d'information du mécanisme d'accès aux services spécialisés. Régionalement, 96 % des chirurgies de la hanche et 92 % des chirurgies du genou ont été réalisées dans les délais. Malgré la réalisation d'un plus grand nombre de chirurgies de la cataracte que la cible régionale établie, seulement 72 % de celles-ci ont été réalisées dans les délais. L'Agence des Laurentides travaille à trouver des solutions afin de réduire l'attente dans cette spécialité.

Systèmes automatisés et robotisés de distribution de médicaments

La phase I du projet de systèmes automatisés et robotisés de distribution des médicaments est maintenant terminée. Ce projet a pour objectif de réduire les risques d'erreur en automatisant la préparation et la distribution des médicaments en milieu hospitalier. La mise en place des équipements médicaux spécialisés, soit les emballeuses-ensacheuses et les chariots de médicaments, sera complétée à l'été 2010 dans les CSSS de la région détenant un centre hospitalier.

La phase II du projet est actuellement en préparation. Elle consiste à l'achat et à la mise en place de cabinets de médicaments sur les unités de soins et de hottes stériles pour la préparation des médicaments en soluté.

Hémodialyse

En 2008, une étude importante en dialyse rénale a été effectuée en fonction de la croissance de la population des Laurentides et a démontré qu'une augmentation des besoins est à prévoir d'ici 2015. En lien avec ce rapport, l'Agence des Laurentides a financé l'ajout et la consolidation d'équipements et de deux chaises en hémodialyse au CSSS de Saint-Jérôme.

Par ailleurs, le MSSS a donné le feu vert à la conception d'un document d'organisation de projet détaillé concernant la création d'un centre satellite en hémodialyse au CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes. Cela constitue une étape importante en vue de la réalisation d'un tel projet.

Urgences

Les services d'urgence fournissent les soins et les services requis en tout temps à chaque personne qui s'y présentent pour un problème de santé. La région des Laurentides compte, sur son territoire, sept centres de santé et de services sociaux dont cinq avec un centre hospitalier.

Voici les établissements ayant des salles d'urgence :

- CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes : Hôpital Saint-Eustache
- CSSS de Saint-Jérôme : Hôpital régional de Saint-Jérôme
- CSSS d'Argenteuil : Hôpital d'Argenteuil
- CSSS des Sommets : Hôpital Laurentien
- CSSS d'Antoine-Labelle : Hôpital Rivière-Rouge et Hôpital Mont-Laurier

Globalement, la performance des salles d'urgence s'est détériorée par rapport aux années antérieures puisque certaines salles d'urgence de la région ont éprouvé des difficultés liées en partie aux effectifs médicaux limités.

Cependant, plusieurs actions ont été mises de l'avant pour améliorer la situation :

Monitoring :

- Suivi quotidien des salles d'urgence de la région.
- Production et diffusion quotidienne d'un rapport concernant les données des salles d'urgence et la situation dans les centres hospitaliers de la région des Laurentides.
- Standardisation pour les CSSS de la région du suivi des engorgements des salles d'urgence via un tableau commun.
- Diffusion quotidienne de l'état des urgences de la région sur le site Internet de l'Agence.

Organisation régionale au niveau des urgences :

- Un comité interne à l'Agence des Laurentides porte sur les urgences de la région. Celui-ci se réunit de façon hebdomadaire et a pour mandat d'améliorer les processus et de favoriser la cohérence dans les dossiers en diminuant le travail en silo.
- Le comité régional des salles d'urgence piloté par l'Agence poursuit ses opérations. Celui-ci regroupe les gestionnaires et les médecins-chefs des départements d'urgence de la région. Trois rencontres se sont tenues cette année et plusieurs recommandations ont été émises afin d'améliorer les processus et l'offre de soins liés aux urgences hospitalières.
- Afin d'améliorer la fluidité des transferts d'usagers, une entente a été signée en décembre 2010 entre les CSSS de la région détenant un centre hospitalier concernant le protocole de transfert des usagers.

Corridors de services interhospitaliers et interrégionaux

Différentes mesures sont mises en œuvre dans le but d'assurer l'accès aux services spécialisés à la population des Laurentides. D'abord, un suivi hebdomadaire des risques de bris de service est effectué par l'Agence des Laurentides auprès des CSSS de la région. De plus, des corridors de service ont été mis en place pour l'orthopédie, l'obstétrique et la chirurgie maxillo-faciale en raison d'un manque d'effectifs. La consolidation éventuelle des équipes de spécialistes et l'amélioration de l'organisation des services permettront de diminuer le recours à ces ententes.

Traumatologie

Le comité régional de traumatologie s'est réuni à trois reprises durant la dernière année. L'implication des membres a facilité les échanges afin d'améliorer la continuité dans la prise en charge de la clientèle ayant subi un traumatisme. Un bilan du plan régional 2005-2009 a été dressé et transmis au MSSS. Le plan directeur régional 2009-2012 a été refait et accepté par l'Agence d'évaluation des technologies des modes d'intervention en santé. Après avoir été approuvé par les instances de l'Agence, il sera ensuite déposé au MSSS.

Programme québécois de dépistage du cancer du sein

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) vise à diminuer le taux de mortalité par cancer du sein en offrant aux femmes de 50 à 69 ans un dépistage par mammographie tous les deux ans. Le taux de participation régional augmente progressivement et se situe à 47,6 % de la clientèle cible qui se chiffre désormais à plus de 75 000 femmes. Cette année, le taux a augmenté de 1,3 % comparativement à l'an dernier.

La croissance démographique des femmes de 50 à 69 ans de la région des Laurentides entre 2006 et 2016 sera la plus marquée du Québec. Selon les plus récentes projections de la population, cet accroissement est de l'ordre de 40 % en 10 ans. Il s'agit d'une augmentation beaucoup plus élevée en comparaison avec celle de 23 % prévue pour la province de Québec. Cela pose le défi d'assurer l'accessibilité aux services de dépistage pour toutes ces femmes ainsi que de soutenir l'organisation des services en place.

Actuellement, cinq centres de dépistage désignés (CDD) offrent le service de mammographie de dépistage. Ainsi, depuis septembre 2009, deux nouveaux centres se sont ajoutés dans la région, soit au CSSS d'Argenteuil et sur le territoire du Lac-des-Deux-Montagnes. Les autres CDD de la région sont situés au CSSS de Saint-Jérôme, au CSSS des Sommets et au CSSS d'Antoine-Labelle. Le Centre de référence pour investigation (CRID), pour sa part, est situé au CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes.

Les délais d'accessibilité pour obtenir un rendez-vous de mammographie de dépistage demeurent une préoccupation. C'est pourquoi, la région a accueilli l'unité mobile CLARA au CSSS des Sommets au printemps 2009 et au CSSS de Saint-Jérôme au printemps 2010. Toujours dans le but d'améliorer l'offre de service à la population cible, des démarches sont en cours pour implanter un sixième CDD sur le territoire des Pays-d'en-Haut et un deuxième CRID au CSSS de Saint-Jérôme. De plus, la certification d'un deuxième mammographe conforme au CDD du Lac-des-Deux-Montagnes permettra une augmentation du nombre d'examens de dépistage pour les femmes de la portion sud de la région.

> Le taux de participation régional au Programme québécois de dépistage du cancer du sein augmente progressivement et se situe à 47,6 % de la clientèle cible.

PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE **DÉPISTAGE** DU **CANCER** DU **SEIN**

L'arrivée d'un nouveau médecin-conseil au PQDCS en septembre 2009 a permis de consolider la démarche d'assurance-qualité entreprise auprès de tous les centres désignés. Cette démarche vise à s'assurer que les aspects de qualité, qui sont essentiels au succès du programme, sont mis en place de façon optimale dans la région et que les analyses portant sur la performance puissent être utilisées au meilleur escient possible.

Le recrutement de médecins volontaires au PQDCS représente un défi constant. Les médecins volontaires, au

nombre de 58 répartis dans l'ensemble de la région, effectuent le suivi des résultats de mammographie pour les femmes sans médecin traitant qui participent au PQDCS. Depuis octobre 2009, 20 nouveaux médecins volontaires ont été recrutés.

Pour l'année 2009, le Centre de coordination du PQDCS a posté à près de 38 000 femmes une lettre personnalisée les incitant à participer au programme. Pour assurer la promotion du programme, de nombreuses activités ont eu lieu telles qu'une collecte de soutiens-gorges en mai et une «Journée rose» en octobre.

Un bulletin de santé publique a également été publié en avril 2010. Destiné aux professionnels de la santé, ce bulletin portait entièrement sur le PQDCS. Par ailleurs, du matériel promotionnel a été distribué dans les CDD, CRID, CSSS et cliniques médicales, visant non seulement à stimuler la participation des femmes au PQDCS, mais également à les fidéliser pour qu'elles participent à tous les deux ans.

Enfin, un rapport d'activités PQDCS pour les périodes comprises entre 2003-2008 sera diffusé et le site Internet PQDCS régional subira une cure de rajeunissement à l'automne 2010.

Ententes signées avec les laboratoires d'imagerie médicale

En décembre 2009, des ententes de service ont été conclues entre l'Agence des Laurentides et cinq laboratoires d'imagerie médicale de la région. Ces ententes visent à favoriser des pratiques en partenariat avec les CSSS. Par ailleurs, elles ont pour objectif de maintenir et améliorer l'accessibilité et la qualité des soins.

Les ententes signées concernent les laboratoires d'imagerie médicale suivants :

- Imagix Radiologie Saint-Eustache
- Imagix Radiologie Sainte-Thérèse
- Radiologie Saint-Sauveur
- Radiologie Sainte-Adèle
- Clinique de ski Mont-Tremblant

Lutte contre le cancer

Depuis 2008, l'Agence a identifié la lutte contre le cancer comme priorité régionale. À cet égard, le Réseau cancer Laurentides (RCL) a été mis en place et vise à déployer une organisation de services intégrés en matière de lutte contre le cancer : prévenir, guérir, soutenir.

Dans le cadre de cette mission régionale, l'Agence des Laurentides collabore avec le CSSS de Saint-Jérôme qui a procédé à l'embauche d'une coordonnatrice clinico-administrative régionale de lutte contre le cancer et d'une pharmacienne régionale en oncologie. Ces deux personnes travaillent de pair avec le leader médical régional en oncologie et la responsable du dossier à l'Agence.

Au cours de la prochaine année, le CSSS de Saint-Jérôme prévoit faire l'embauche d'une infirmière clinicienne régionale en oncologie pour travailler avec les infirmières pivots en oncologie des établissements et d'une agente administrative qui accompagnera les intervenants dans le cadre de leur mission régionale.

Dans la foulée de la création du Réseau cancer Laurentides, l'Agence des Laurentides a procédé à l'abolition du comité cancer et soins palliatifs des Laurentides afin de mettre en place cette nouvelle structure. Une réflexion sera faite pour revoir les modalités de consultation et de concertation avec le réseau.

Soins palliatifs

Maison de soins palliatifs à Saint-Eustache

Après plus d'un an et demi de fermeture, la Maison de soins palliatifs à Saint-Eustache a réouvert ses portes le 9 mars 2010. L'organisme a reçu du ministère de la Santé et des Services sociaux son agrément puisqu'il remplissait l'ensemble des conditions relatives à la qualité.

Soins en fin de vie aux personnes souffrant de MPOC

Débuté il y a deux ans, le projet pilote pour les personnes atteintes d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) en fin de vie s'est poursuivi cette année. Ce projet vise à favoriser la mise en place de protocoles afin d'offrir des services de fin de vie adaptés aux besoins de cette clientèle.

L'implantation des protocoles pour les personnes atteintes de MPOC en fin de vie se traduit généralement par l'élargissement du mandat des équipes interdisciplinaires en soins palliatifs. En effet, en plus de couvrir la clientèle oncologique habituelle, ces soins doivent également être accessibles aux personnes atteintes de MPOC en fin de vie. Cela nécessite que la phase terminale de la MPOC doit être mieux identifiée et que les professionnels doivent développer une expertise spécifique pour prendre en charge efficacement cette clientèle. Dans ce contexte, des critères pronostiques ont été déterminés. Des patients en fin de vie ont également été ciblés dans chacun des CSSS et ont été pris en charge par les équipes de soins palliatifs.

Dans le but d'évaluer les résultats, l'Agence des Laurentides s'est associée au CSSS de Trois-Rivières. Les résultats finaux sont prévus pour mai 2011. Déjà, les résultats préliminaires obtenus laissent croire que les critères de pronostic établis permettent une meilleure identification des patients qui nécessiteront des soins palliatifs.

Périnatalité - volet sages-femmes

En mai 2009, le CSSS de Saint-Jérôme a inauguré la Maison de naissance du Boisé, située à Blainville, qui compte quatre chambres de naissance. La venue de cette nouvelle ressource, fort attendue dans la région, permet aux femmes de la région d'accoucher avec une sage-femme au centre hospitalier, à leur domicile ou en maison de naissance.

La prochaine étape consistera à assurer aux couples habitant au nord des Laurentides l'accès aux services de sages-femmes. Rappelons que la possibilité d'accoucher avec une sage-femme existe depuis 2007 et que c'est le CSSS de Saint-Jérôme qui a le mandat de déployer ce service au niveau régional.

Services préhospitaliers d'urgence

En 2009-2010, le nombre de transports effectués par les services préhospitaliers d'urgence ont continué leur progression pour atteindre 36 864 transports soit, 12 % de plus qu'en 2005.

Au 1er avril 2009, l'ajout d'horaires de travail dans les zones ambulancières a permis d'améliorer l'accessibilité aux services ambulanciers, et ce, en réduisant le temps de réponse.

Par ailleurs, l'Agence des Laurentides assure la formation des techniciens ambulanciers paramédics (TAP) ainsi que la révision des actes posés par ceux-ci. Au cours de la dernière année, l'équipe des services préhospitaliers d'urgence, volet clinique, a mis sur pied trois formations :

- Appréciation clinique du patient (247 techniciens ambulanciers paramédics formés).
- Actualisation 2009, incluant la prévention des infections (273 techniciens ambulanciers/paramédics formés).
- Une formation a été offerte à tous les techniciens ambulanciers de la région sur le nouveau rapport d'intervention préhospitalière qu'ils doivent maintenant remplir à chacune de leurs interventions.

Une formation de mise à niveau a également été offerte à une centaine de premiers répondants de la région des Laurentides. Cette mise à niveau comprenait plusieurs volets dont :

- Réanimation cardiorespiratoire, nouvelles normes de la Fondation des maladies du cœur du Québec.
- Révision des protocoles d'intervention clinique.

Finalement, un mécanisme d'assurance qualité provincial a été adopté. Jusqu'à ce moment, une évaluation régionale était effectuée afin de s'assurer de la qualité des interventions des techniciens ambulanciers. Cette procédure a été remplacée par la procédure provinciale qui est plus précise et permet une évaluation uniforme des services ambulanciers à travers le Québec.

La direction des communications est responsable de déterminer différentes stratégies afin de mettre en valeur la vision et les activités de l'Agence des Laurentides. Pour ce faire, elle gère les relations publiques de l'organisation, notamment en assurant le lien avec les médias. Elle voit aussi à la circulation de l'information auprès des employés, des établissements du réseau, du Ministère, des partenaires et de la population.

Direction des communications

Direction des communications

Au cours de l'année 2009-2010, plusieurs projets ont été menés par la direction des communications afin d'assurer le rayonnement public de l'Agence des Laurentides.

Nouvelle identité visuelle

Une nouvelle image graphique afin de représenter l'Agence des Laurentides a été développée. Composée de formes circulaires placées en superposition, la nouvelle identité de l'Agence évoque à la fois le territoire des Laurentides et le travail de synergie qui est réalisé dans le réseau de la santé et des services sociaux. Les couleurs choisies sont le bleu et le vert, pour représenter les lacs et la nature que l'on retrouve dans la région, ainsi que le orangé qui illustre le dynamisme et le rayonnement de l'Agence des Laurentides.

Le slogan «Convergence. Émergence.» fait référence à l'implication de nombreux acteurs qui travaillent de concert avec l'Agence pour la santé de la population des Laurentides.

Cette grille s'accompagne d'un nouveau slogan, «Convergence. Émergence.», qui fait référence à l'implication de nombreux acteurs issus de secteurs diversifiés qui travaillent de concert avec l'Agence vers un but commun : la santé et le bien-être de la population des Laurentides.

Bulletin interne

Dans le souci d'améliorer la communication auprès des employés de l'Agence, un nouveau bulletin interne a été développé. À une fréquence de publication régulière, ce bulletin transmet différentes informations, qu'il s'agisse des projets en cours, des bons coups de l'Agence, des réalisations du réseau, etc.

L'objectif du bulletin est également de faire mieux connaître les employés des différents secteurs et de favoriser le développement d'un sentiment d'appartenance fort à l'endroit de l'Agence des Laurentides.

Site Intranet

La direction des communications travaille en collaboration avec l'équipe des ressources informationnelles au développement d'un site Intranet pour le personnel de l'Agence. Ce projet consiste à créer un site dédié au personnel de l'Agence des Laurentides sur lequel on retrouvera notamment la présentation de l'organisation et du réseau de la santé et des services sociaux des Laurentides, différents outils de travail à partager, etc.

Ce projet rassemble également sept établissements de la région qui participent à la démarche puisque ceux-ci feront l'utilisation de la même technologie que celle de l'Agence pour le développement simultané de leur site Intranet respectif. Les établissements participants sont les suivants : le CSSS d'Antoine-Labelle, le CSSS d'Argenteuil, le CSSS des Pays-d'en-Haut, le CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes, le CSSS de Thérèse-De Blainville, le Centre André-Boudreau et le Centre du Florès. Ce travail en partenariat permet des économies financières importantes.

Site Internet

La direction des communications travaille également sur un projet qui consiste en la refonte complète du site Internet de l'Agence des Laurentides.

Lancé il y a 13 ans, ce site est désormais désuet et il importe de le revamper en entier afin de faciliter les recherches des internautes et d'améliorer son image.

Comité interne des communications

Le comité interne des communications est formé d'un représentant de chacune des directions de l'Agence qui ont pour mandat de valider auprès de leur équipe respective les étapes de déploiement de différents projets de communication.

Ainsi, le comité a été interpellé pour le développement du nouveau bulletin interne de l'Agence, de même que pour l'élaboration de l'arborescence de l'Intranet et de l'Internet.

Table régionale des communications

La table régionale des communications est constituée des personnes responsables des communications dans les établissements de santé et de services sociaux des Laurentides. Elle a pour mandat de développer des projets de communication régionaux qui soient bénéfiques pour l'ensemble de la région.

Cette année, la table régionale des communications s'est réunie quatre fois et a surtout été impliquée dans le développement de sites Intranet respectifs pour l'Agence et certains établissements. Par ailleurs, le projet de s'unir au sein d'une campagne de recrutement de main-d'œuvre et de médecins a fait l'objet de discussions.

Les membres de la table régionale des communications s'échangent également différentes informations afin de répondre aux demandes des médias avec cohérence.

Finalement, l'équipe de la direction des communications offre un soutien individuel aux membres de la table régionale des communications qui le demandent dans le développement de leurs différents projets.

Pandémie de grippe A(H1N1)

La direction des communications a été grandement interpellée durant l'épisode de grippe A(H1N1) connu au cours de l'automne 2009. Son rôle a consisté à transmettre les informations à la population au sujet de la transmission du virus, des lieux et horaires de vaccination et des cliniques de grippe.

Pour ce faire, deux conférences de presse ont été tenues et six communiqués de presse ont été transmis aux médias au fil de l'évolution de la situation. De plus, environ 180 publicités ont été publiées durant huit semaines dans 12 journaux régionaux et quatre nationaux afin de faire connaître les endroits et les heures de vaccination à la population. Les coûts des ces publicités ont été assumés par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Différents outils de communication ont également été distribués dans le réseau de la région afin d'informer la clientèle sur la grippe A(H1N1). Le guide autosoins, le feuillet «Aide à la décision», et le dépliant «La grippe A(H1N1) se propage facilement. Faites-vous vacciner!» ont été les principaux outils utilisés durant cette période.

Relations de presse

Dans un souci de transparence, l'Agence des Laurentides répond à toutes les demandes médiatiques qui lui sont adressées. Au cours de l'année 2009-2010, la direction des communications a répondu à 177 demandes médiatiques, ce qui représente une augmentation significative par rapport aux 99 demandes reçues au cours de l'année précédente. Cette hausse est principalement attribuable à la pandémie de grippe A(H1N1) au cours de laquelle l'intérêt des médias pour le système de santé et de services sociaux des Laurentides s'est accru. Par ailleurs, 35 communiqués de presse ont été transmis aux médias.

La direction des ressources humaines assume un leadership régional et travaille en collaboration avec les établissements afin de mettre de l'avant différentes stratégies pour faire face au enjeux de main-d'œuvre dans le réseau de la santé et des services sociaux des Laurentides. Elle joue également un rôle conseil et de soutien au changement en matière de gestion des ressources humaines au sein de l'Agence.

Direction des ressources humaines

Direction des ressources humaines

Les ressources humaines de l'Agence

La direction des ressources humaines a offert tout le soutien nécessaire au personnel de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides. En date du 31 mars 2010, l'Agence comptait 172 employés.

Formation et développement

Environ 240 heures de formation sur la pandémie ont été suivies par 158 employés de l'Agence. De plus, les ateliers de perfectionnement ont été offerts à 36 employés et cadres. Les sommes allouées à ces activités représentent 1,36 % de la masse salariale de l'organisation.

L'Agence a soutenu les établissements dans la production de portraits de main-d'œuvre locaux qui ont permis d'identifier les principaux titres d'emplois en forte demande dans la région.

Les ressources humaines du réseau

La direction des ressources humaines de l'Agence des Laurentides soutient les établissements de santé et de services sociaux de la région face aux enjeux de main-d'œuvre auxquels ils font face.

Planification de la main-d'œuvre

Dans le cadre de la gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre, l'Agence a soutenu les établissements dans la production des portraits de main-d'œuvre locaux qui ont permis d'identifier les principaux titres d'emplois en forte demande dans la région.

Attraction et rétention du personnel

Plusieurs actions ont été posées pour attirer et retenir la main-d'œuvre dans le réseau de la santé et des services sociaux des Laurentides :

- Le site Internet de l'Agence possède maintenant un lien sur le site Avenir en santé qui fait la promotion des métiers et carrières dans le domaine de la santé et des services sociaux auprès des adolescents et jeunes adultes. Une page régionale permet également de faire la promotion des activités de recrutement et d'exploration dans la région des Laurentides.
- Un projet de réorganisation du travail à l'urgence du CSSS de Saint-Jérôme a débuté en janvier 2009 et devrait se terminer en décembre 2010. Ce projet vise à mobiliser le personnel soignant en optimisant l'utilisation de leurs compétences et en améliorant leurs conditions de pratique. Le tout, dans le but de faciliter la rétention et l'attraction de la main-d'œuvre à cet établissement.
- Un programme régional de préceptorat en soins infirmiers a démarré en juin 2009. Celui-ci a pour objectif de soutenir la main-d'œuvre infirmière et infirmière auxiliaire récemment diplômées en proposant un accompagnement durant les quarts de travail en soirée et de nuit. Deux ateliers de formation dispensés à 46 préceptrices a favorisé le développement de ce programme dans les établissements.
- Deux ateliers régionaux de préparation à l'examen de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec ont permis d'accompagner 39 candidates à l'exercice de la profession d'infirmière (CEPI). Quatre-vingt pour cent d'entre elles ont réussi l'examen.
- Sept projets d'encadrement clinique pour le personnel professionnel ont été élaborés par les établissements.
- Six bourses régionales ont été offertes par le MSSS pour la formation d'infirmières praticiennes spécialisées. Deux étudiantes termineront leur formation en août 2010 et pratiqueront ensuite au CSSS de Saint-Jérôme. Deux autres étudiantes termineront leurs études à l'automne pour ensuite pratiquer au CSSS du Lac-des-Deux-

Montagnes. Enfin, on prévoit l'entrée en fonction, au cours de l'année 2011, d'une finissante au CSSS des Sommets. Mentionnons que l'Agence des Laurentides a également offert une bourse au CSSS d'Argenteuil pour la formation d'une infirmière praticienne spécialisée qui complètera ses études et débutera sa pratique en 2011.

- Par ailleurs, l'Agence a mis en place un comité régional de placement des stages relevant de la table régionale des stages en soins infirmiers. Celui-ci a traité 1 978 demandes de stage au cours de l'année.

Assurance-salaire

La cible régionale 2009-2010 concernant le ratio d'assurance-salaire était fixée à 6,44 %, mais n'a pas été atteinte. Au 31 mars 2010, le ratio régional se situait à 6,68 %, ce qui représente néanmoins une réduction de 0,33 % par rapport à l'année précédente. Mentionnons aussi que quatre établissements ont réduit leur cible locale. Trois d'entre eux ont bénéficié d'un soutien financier pour la mise en place d'un programme intégré de gestion de la présence au travail.

Formation et développement

Les activités de formation et de développement du personnel d'encadrement et du personnel syndiqué ont été interrompues à l'automne 2009 en raison de la pandémie de grippe A(H1N1). En raison de cette situation exceptionnelle, une formation en ligne sur la pandémie a été offerte. La direction des ressources humaines a coordonné la diffusion de ce programme dans les établissements qui ont ainsi formé plus de 8 000 intervenants du réseau dans la région des Laurentides. Les activités courantes de formation et de développement ont repris au cours de l'hiver 2010, une fois la lutte à la pandémie terminée.

À l'automne 2009, une cohorte de 33 infirmières auxiliaires a débuté un programme de recyclage en soins infirmiers et, dès l'hiver 2010, une autre cohorte de 20 étudiantes a aussi commencé le programme.

Le Programme *Agir auprès de la personne âgée* à l'intention des préposés aux bénéficiaires dont le déploiement est prévu sur trois ans a vu sa diffusion ralentie par l'épisode de pandémie. Toutefois, les huit ateliers qui composent le programme ont suscité près de 1 000 inscriptions.

Planification de la relève

La région des Laurentides compte sur l'apport de 71 finissants au programme universitaire de deuxième cycle de la relève des cadres. Une cérémonie de remise de diplômes de l'Université Laval s'est d'ailleurs tenue en octobre 2009 afin de souligner la réussite de ces personnes. Par ailleurs, à l'automne 2009, une nouvelle cohorte regroupant 36 candidats à la relève cadre en exercice entreprenait ce même programme.

Finalement, un programme pilote régional de mentorat pour les cadres a vu le jour en janvier 2010. Douze dyades mentor-mentoré ont ainsi été formées à la suite d'une activité de jumelage.

La direction des ressources immobilières et informationnelles a été créée en 2009-2010 et regroupe deux volets d'activités. D'abord, dans le cadre de la gestion des ressources immobilières, elle coordonne les activités d'entretien et de réfection de plus de 70 installations occupées par les établissements de santé et de services sociaux de la région.

Ensuite, dans le cadre de la gestion des ressources informationnelles, elle offre tout le soutien nécessaire au personnel de l'Agence des Laurentides et aux établissements de la région pour l'installation, l'utilisation et la mise à jour de nombreuses technologies de l'information.

Direction des ressources immobilières et informationnelles

Direction des ressources immobilières et informationnelles

Volet ressources immobilières

Travaux de construction à l'Agence des Laurentides

Au cours de la dernière année, d'importants travaux de construction ont eu lieu au sein du bâtiment occupé par l'Agence des Laurentides à Saint-Jérôme. L'Agence est locataire de cet établissement depuis de nombreuses années, de même que le CSSS de Saint-Jérôme et la Corporation d'approvisionnement Laurentides-Lanaudière.

À la suite d'une décision du propriétaire qui souhaitait offrir plus d'espace aux trois organismes locataires du bâtiment, d'importants travaux de construction ont été déployés. Le tout s'est échelonné sur un peu plus d'un an et a permis d'agrandir l'établissement en y ajoutant un étage supplémentaire et une extension.

Pour l'Agence des Laurentides, ces travaux ont eu pour effet d'augmenter la superficie qu'elle occupe de 23 % et de rendre les lieux plus sécuritaires et mieux adaptés aux employés. Ainsi, 14 nouveaux espaces de travail en aires ouvertes ont été créés, de même que 30 bureaux fermés, un dépôt, une salle pour contenir les équipements informatiques et une salle pour photocopieurs.

Ces aires additionnelles ont permis à l'Agence des Laurentides de répondre à un véritable besoin d'espace afin d'offrir un environnement de travail adéquat aux quelque 180 employés et médecins qui y travaillent.

Projets de rénovations majeures

Plusieurs projets de rénovations fonctionnelles majeures sont en cours de planification et de réalisation :

- La conception du projet de rénovation et d'agrandissement du Pavillon d'Argenteuil a été complété et est à l'étude par la Corporation d'hébergement du Québec. Ce projet consiste en la construction d'un nouveau centre d'hébergement de 131 lits.
- Le projet de construction d'un nouveau centre d'hébergement de 212 lits à Saint-Jérôme est à l'étape de la confection des plans et devis préliminaires. L'Agence complète l'analyse du projet pour ensuite solliciter l'autorisation du Ministère afin de passer à l'étape des plans et devis définitifs.
- La construction du nouveau Centre d'hébergement des Hauteurs à Sainte-Adèle a pris fin au cours de l'été 2010. Le nouveau bâtiment a permis d'accueillir les résidants du Manoir de la Pointe-Bleue de Sainte-Marguerite dans un milieu de vie plus moderne et plus confortable. Par ailleurs, le bâtiment compte 112 lits, soit 21 de plus que l'ancien centre, ce qui permettra de répondre à la demande croissante en hébergement. Le siège social du CSSS des Pays-d'en-Haut occupe également une partie de ce nouveau bâtiment.
- L'agrandissement de l'unité de soins de courte durée du CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes est en cours de construction et devrait être complété à l'automne 2010. Le projet vise à ajouter 48 lits à cette unité, de même qu'un appareil de résonance magnétique.
- La construction du nouveau CLSC de Thérèse-De Blainville est terminée. Ce nouvel édifice est occupé depuis octobre 2009 et regroupe la majeure partie des services dispensés par le CLSC. Avant d'emménager dans ce nouveau bâtiment, des espaces étaient loués par le CSSS dans trois immeubles différents.

- Une demande d'autorisation a été adressée au Ministère au printemps 2010 afin d'amorcer la mise à l'étude du projet de construction d'une nouvelle salle d'urgence au centre hospitalier du CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes.
- En raison de la présence de moisissures dans le CLSC de Mont-Laurier, un projet de construction d'un nouveau bâtiment sur le site de l'Hôpital de Mont-Laurier a vu le jour. L'évaluation des besoins est actuellement en cours, après quoi le dossier sera acheminé au Ministère pour autorisation de conception.

Projets prioritaires

De concert avec les établissements concernés, l'Agence a entamé des démarches en vue de concrétiser certains projets régionaux prioritaires :

- La conception des travaux compris dans la subvention de 4 millions $ accordée par le MSSS au CSSS de Saint-Jérôme pour le développement d'une unité d'ophtalmologie et l'aménagement d'autres secteurs d'activités. L'ensemble des travaux devrait être complété pour l'automne 2011.
- La création d'une unité de réadaptation fonctionnelle et intensive (RFI) dans le secteur de Lachute est à l'étape de conception.

Efficacité énergétique

Le MSSS poursuit son programme de financement pour des projets d'efficacité énergétique. Différents projets de construction géothermique ont été réalisés au cours de l'année :

- La construction du nouveau CLSC de Thérèse-De Blainville comprend différents éléments d'économie d'énergie, notamment l'isolation supérieure des murs et des plafonds, l'installation de systèmes électroniques d'économie d'énergie le jour et la nuit, ainsi que l'installation d'un système de climatisation/chauffage géothermique.
- Le Centre d'hébergement des Hauteurs du CSSS des Pays-d'en-Haut bénéficie d'un réseau de ventilation et climatisation avec système d'apport d'air neuf chauffé et tempéré pour le périmètre par géothermie. Par ailleurs, une hotte de cuisine à débit variable a été installée et un détecteur d'occupation dans certains locaux permet de mettre les luminaires hors tension, d'interrompre la ventilation ainsi que l'apport d'air neuf en périodes inoccupées.

L'ensemble de ces projets permettra de réaliser des économies d'énergie récurrentes de plus de 350 000 $ par année.

- Dans le cadre de rénovation de ses installations de chaufferie, le CSSS de Saint-Jérôme s'est doté d'un système de climatisation géothermique qui permet de chauffer l'hiver et de climatiser durant la saison estivale de façon propre et à moindre coût. Il s'agit d'un des plus gros projets écoénergétiques dans la province. Ce projet permettra de diminuer l'émission de CO^2 de 2 785 tonnes annuellement, ce qui équivaut à 870 véhicules sur la route.

L'ensemble de ces projets permettra de réaliser des économies d'énergie récurrentes de plus de 350 000 $ par année. De plus, un nouveau projet d'efficacité énergétique au CSSS d'Antoine-Labelle a été présenté au Ministère pour approbation. Le projet représente un potentiel d'économies de plus d'un million $ par année.

Maintien des actifs

Finalement, mentionnons qu'une somme de 9,5 millions $ a été répartie entre les établissements de santé et de services sociaux des Laurentides afin de permettre la tenue de différents travaux d'entretien et de maintien du parc immobilier de la région.

Volet ressources informationnelles

Ressources informationnelles de l'Agence des Laurentides

Projet de gestion intégrée de l'information et des connaissances

L'équipe des ressources informationnelles travaille à la mise en place d'un projet de gestion intégrée de l'information et des connaissances. Ce virage vise à stocker de façon électronique des fichiers, documents et informations appartenant à l'Agence des Laurentides, le tout dans un système informatique permettant un archivage simple et efficace. Ce projet s'inscrit dans une optique d'amélioration continue de la gestion de notre mémoire collective en veillant à la disponibilité et la pérennité de nos informations.

Développement d'un Intranet

Par ailleurs, l'équipe des ressources informationnelles travaille de pair avec la direction des communications de l'Agence des Laurentides pour le développement d'un site Intranet. Il s'agit d'un site dédié au personnel de l'Agence des Laurentides sur lequel on retrouvera notamment la présentation de l'organisation et du réseau de la santé et des services sociaux des Laurentides, différents outils de travail à partager, etc. Ce projet rassemble également sept établissements de la région qui feront l'utilisation de la même architecture de navigation que l'Agence pour le développement simultané de leur site Intranet respectif.

Collaboration interrégionale

L'Agence des Laurentides a signé une entente de partenariat avec les régions de Laval et de Lanaudière dans le but de réaliser des travaux communs en technologie de l'information, tel que le partage d'expertise. Cette entente s'actualisera au cours de l'année 2010-2011.

Sécurité des actifs informationnels

Depuis février 2010, l'Agence des Laurentides ainsi que les établissements de la région ont terminé les travaux de catégorisation des actifs informationnels et d'analyse des risques. Cet exercice a permis d'établir un plan de sécurité pour chacune des organisations. Ces plans comprennent différentes mesures de protection afin de gérer la disponibilité, l'intégrité et la confidentialité des données.

Pandémie

L'équipe des ressources informationnelles a été grandement impliquée lors de la période de pandémie de grippe A(H1N1), et ce, à titre de coordonnateur du volet technologique pour l'ensemble de la région. Des équipements ayant pour fonction d'accéder aux systèmes d'information ont notamment dû être installés dans les centres de vaccination et les cliniques de grippe.

Réseau de télécommunication

La transition vers le réseau intégré de télécommunication multimédia, une plate-forme de communication offrant un partage d'informations électroniques entre les diverses entités gouvernementales, s'est amorcée dans le réseau de la santé des Laurentides. Ce système offre une stabilité et une performance accrue par rapport au réseau de télécommunication sociosanitaire utilisé jusqu'à présent.

Au 31 mars 2010, 27 % des points de service de la région avaient adopté ce nouveau réseau informatique.

Technocentre

L'équipe du technocentre a continué d'offrir son soutien aux établissements de la région pour l'utilisation des différentes technologies de l'information qui s'of-

front à eux. Un catalogue de services a d'ailleurs été transmis au réseau et explique les différents services offerts par le technocentre. Ce document sera la base à l'élaboration d'ententes de service avec chacun des établissements de la région.

Par ailleurs, le technocentre a mis en place des outils de surveillance qui permettent de suivre en temps réel la stabilité du réseau informatique de la région. Ces outils permettront d'agir plus rapidement en cas de problème ou de bris de service.

Carrefour informationnel et documentaire des Laurentides

Le Carrefour informationnel et documentaire des Laurentides est un site Internet accessible uniquement à partir des ordinateurs du réseau de la santé et des services sociaux de la région. La mission de ce site consiste à fournir au personnel et aux médecins de la région des outils et des ressources électroniques pertinentes à leurs activités. Il peut s'agir, par exemple, de publications portant sur le domaine de la santé et des services sociaux, de données socio-démographiques et financières liées aux ententes de gestion ou aux ressources humaines, etc.

Pour la troisième année consécutive, la fréquentation du site du Carrefour informationnel et documentaire a continué de croître avec une augmentation de 54 % pour l'année 2009.

Au cours de la dernière année, les travaux de l'équipe du Carrefour informationnel et documentaire ont principalement porté sur la consolidation de l'entrepôt de données, le développement des portraits de statistiques en ligne, l'intégration de nouvelles collections documentaires des établissements et l'harmonisation du catalogue collectif régional.

Pour la troisième année consécutive, la fréquentation du site du Carrefour a continué de croître avec une augmentation de 54 % pour l'année 2009. Notons aussi que l'équipe du Carrefour a répondu à 545 demandes, ce qui représente une augmentation de 10 % comparativement à l'année précédente.

Développement et soutien

L'équipe du service de la gestion de l'information a continué de soutenir les établissements du réseau dans l'utilisation des systèmes d'information clientèles, dont le système d'information des personnes atteintes de déficience, le système de remplacement de la main-d'œuvre, le système de gestion sur les mécanismes d'accès le système d'information des services préhospitaliers du Québec.

Système d'information de pharmacie

Tous les CSSS de la région ont procédé à l'acquisition et à l'installation d'un système régional d'information de pharmacie au cours de la dernière année. Ce système d'information sur les médicaments contribue à réduire les erreurs dans les ordonnances et les effets indésirables des médicaments. Il améliore aussi l'aide au diagnostic en donnant accès au profil complet de la médication d'un patient.

Système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance

Le Système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance permet le suivi de l'ensemble des activités transfusionnelles au sein du réseau de la santé et des services sociaux du Québec.

Dossier Santé Québec

Le Dossier Santé Québec est un projet mené par le ministère de la Santé et des Services sociaux consistant à informatiser une partie du dossier médical de tous les citoyens du Québec. Le tout, dans le but d'obtenir un dossier unique pour chaque patient pouvant être consulté rapidement, et ce, qu'importe le lieu où il s'adresse afin de recevoir des services. Dans le cadre du développement de ce projet, l'Agence des Laurentides est appelée à mettre à jour ou optimiser plusieurs de ses systèmes informatiques qui contribueront à alimenter le Dossier Santé Québec.

Répertoire d'imagerie diagnostique

Dans le cadre des démarches de développement du Dossier Santé Québec, des examens d'imagerie médicale de la région doivent être déposés dans un répertoire d'imagerie diagnostique situé à Montréal. La région a donc procédé à un rehaussement de la capacité de stockage et devra modifier l'architecture informationnelle du système actuel. L'Agence des Laurentides a d'ailleurs collaboré avec l'Université de Montréal et les Hautes Études Commerciales (HEC) à une publication scientifique qui a paru dans le *Journal of Digital Imaging* en 2009 sur les impacts cliniques de l'introduction de systèmes d'information en imagerie médicale.

Un nouveau système de dictée numérique pour les médecins

Dans le cadre des démarches de développement du Dossier Santé du Québec, un nouveau système de dictée numérique a été implanté dans la région et permet aux médecins de mieux partager leurs commentaires et diagnostics enregistrés à voix haute lors de l'interprétation d'examens d'imagerie médicale.

Ce nouveau système de dictée numérique donne aux médecins un accès à ces enregistrements à distance, par le biais d'un système informatique, et ce, indépendamment de l'établissement dans lequel ils se trouvent dans les Laurentides. En plus de la meilleure qualité sonore du produit, ce système offre un échange d'informations plus rapide entre les médecins.

Les CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes, de Saint-Jérôme et d'Argenteuil ont complété l'implantation de ce système. De leur côté, les CSSS des Sommets et d'Antoine-Labelle y travaillent et devraient pouvoir compter sur ce nouvel outil dès l'automne 2010.

Télésanté

Dans le cadre des démarches de développement du Dossier Santé du Québec, l'Agence des Laurentides participe activement aux travaux de la table en télésanté du RUIS-Montréal pour le développement de différents projets de télémédecine. Dans ce contexte, une deuxième analyse du nombre de stations mobiles de visioconférence requises pour la région a eu lieu pour le déploiement du projet «Téléformation et soutien clinique multidisciplinaire». Ce projet permettra aux médecins et aux professionnels de la santé de suivre des formations à distance, par le biais d'un système de visioconférence.

La direction des ressources financières a pour principal mandat de soutenir la gestion financière du réseau de la santé et des services sociaux de la région. Elle veille également à la gestion budgétaire des activités de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides.

Direction des ressources financières

Direction des ressources financières

La mission de l'ancienne direction des services administratifs, qui avait auparavant la responsabilité de la coordination des ressources immobilières, a été recentrée sur les finances. C'est ainsi que la direction des ressources financières a vu le jour en 2009-2010.

Situation financière de l'Agence des Laurentides

L'Agence a terminé l'exercice financier 2009-2010 avec un surplus de 98 364 $. Les principales économies ont été dégagées par des postes temporairement dépourvus de titulaire.

Situation financière des établissements

La cible de déficit autorisée pour la région des Laurentides pour l'exercice financier 2009-2010 est fixée à 9,2 millions $. Les résultats des établissements au 31 mars 2010 cumulent un déficit de 13,4 millions $, soit un dépassement de 4,2 millions $ par rapport à la cible fixée. Ce dépassement est occasionné par un seul établissement, pour lequel des discussions sont en cours à la suite du dépôt d'un rapport d'audit financier par un consultant externe.

Excluant cette situation particulière, on note une amélioration significative de la situation financière des établissements de la région, ce qui a eu comme impact de réduire l'écart à la cible régionale de 6,3 millions $ en 2008-2009 à 4,2 millions $ en 2009-2010. L'Agence des Laurentides poursuit ses efforts auprès des établissements afin de s'assurer du respect des cibles déficitaires autorisées.

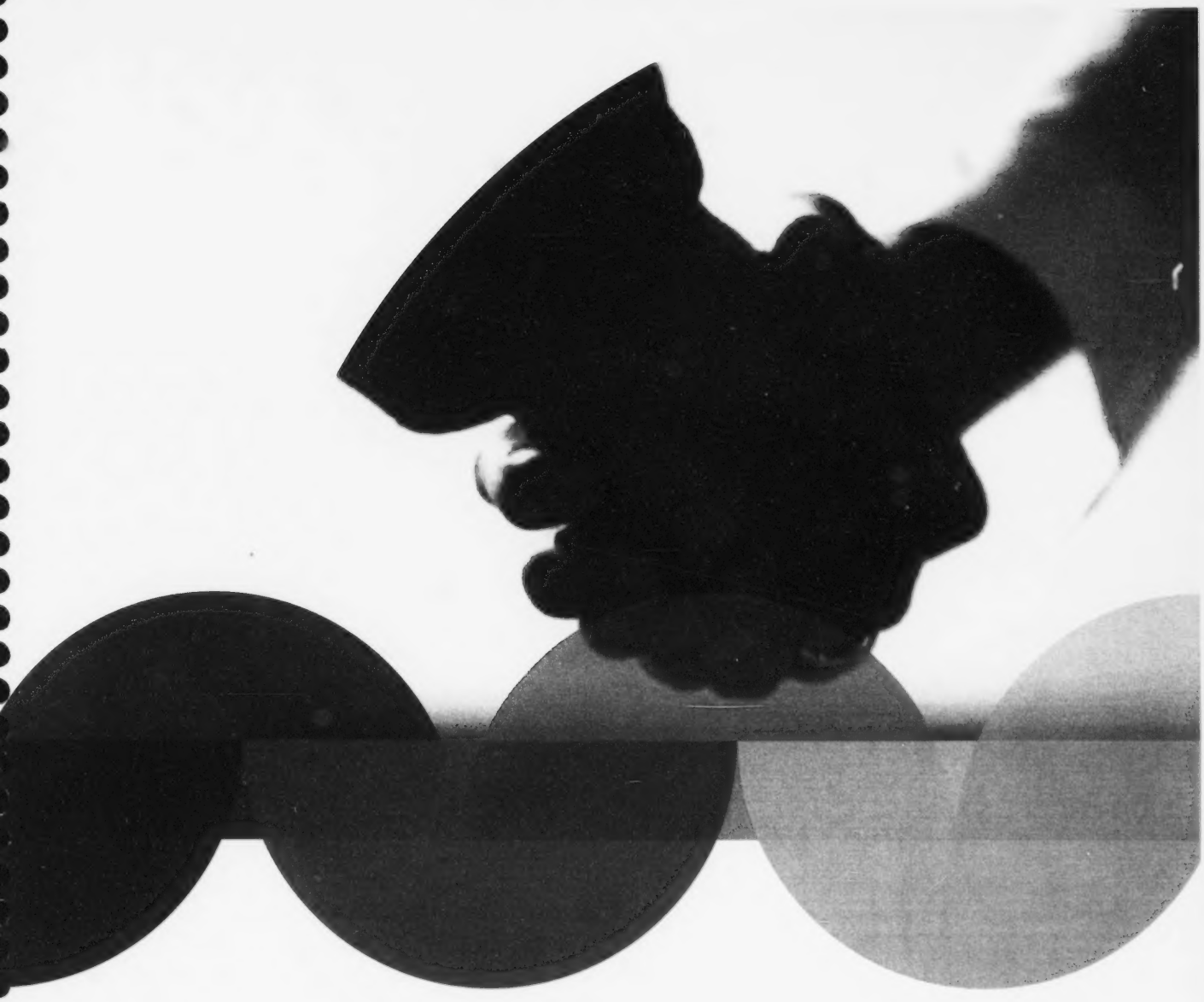
Depuis 2005-2006, en accord avec les établissements de la région, l'Agence des Laurentides tient des travaux visant à reproduire au niveau régional le modèle d'allocation provincial instauré en 2004-2005 par le Ministère. Régionalement, l'objectif est d'utiliser ce modèle afin de rétablir l'équité entre les établissements dans la répartition des budgets de développement.

Autorisation d'emprunt

Au cours de l'exercice financier 2009-2010, l'Agence et le ministère de la Santé et de Services sociaux ont accordé des autorisations d'emprunt temporaire à certains établissements publics de la région. Les montants autorisés au 31 mars 2010 sont indiqués au tableau présenté à la page 123 (chapitre 6, données financières).

Le montant total des autorisations d'emprunt temporaire accordé aux établissements publics au 31 mars 2010 pour les dépenses courantes de fonctionnement représente 19,7 % de l'ensemble des budgets bruts de fonctionnement des établissements publics de la région.

Finalement, les autorisations d'emprunt pour des dépenses en immobilisations à la charge du fonds d'exploitation, soit les projets autofinancés et autorisés par l'Agence, respectent le plafond régional autorisé de 5,4 millions $.



Bilan de l'entente de gestion

Fiches de reddition de comptes
2009-2010

Légende :

* Le pourcentage d'atteinte de l'engagement ou de la cible est calculé de façon inverse puisqu'une diminution est attendue au niveau des résultats.

Bilan de l'entente de gestion

		Indicateurs pour les ententes de gestion 2008-2009	Cible 2010	Seuil 2009-2010	Engagement 2009-2010		Résultats 2009-2010 31 mars 2010	Pourcentage d'atteinte au 31 mars 2010	
					annualisé	déboursé		Engagement déboursé	Cible 2010
Gestion main-d'œuvre	3.1	Ratio entre le nombre d'heures en assurance-salaire et le nombre d'heures travaillées *	6,44	N/A	6,44	6,44	6,71	96%	96%
	3.2	Pourcentage d'établissements de la région ayant atteint la cible en lien avec le temps supplémentaire du personnel infirmier	100	N/A	70%	70%	50%	71%	50%
	3.3	Pourcentage d'établissements de la région ayant atteint la cible en lien avec la main-d'œuvre indépendante du personnel infirmier	100	N/A	70%	70%	20%	29%	20%
	3.4	Pourcentage de postes à temps complet régulier (TCR) pour les infirmières tel que mesuré à partir de la structure de postes des établissements	N/A	N/A	60%	50%	50%	100%	ND
Santé publique	1.1.11A	Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETP) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales - CHSGS	100	100	100	100	80	80%	80%
	1.1.11B	Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETP) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales - CHSLD	100	100	100	100	40	40%	40%
	1.1.11D	Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETP) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales en lits de psychiatrie	100	100	100	100	0	0%	0%
	1.1.12	Proportion des femmes nouvellement inscrites aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) au cours de l'année financière 2009-2010	80	N/A	73	73	70	96%	87%
	1.1.13	Proportion d'écoles qui implantent l'approche *École en santé*	Augmentation	N/A	14	14	27	193%	ND
	1.1.14	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur première dose de vaccin contre DCaT-Polio-Hib dans les délais	75	N/A	70	60	46	76%	61%
	1.1.15	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur première dose de vaccin contre le méningocoque du sérogroupe C dans les délais	75	N/A	70	50	44	87%	58%
	1.1.16	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1première dose de vaccin conjugué contre le pneumocoque dans les délais	75	N/A	70	60	48	79%	63%
	1.1.17	Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel	100	100	100	100	100	100%	100%
	1.1.18	Pourcentage d'établissements ayant un programme structuré et de contrôle des infections nosocominiales	100	100	100	100	60	60%	60%
Services généraux	1.2.2	Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	Augmentation	N/A	3 845	3 845	3 809	99%	ND
	1.2.3	Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	Augmentation	3,86	3,50	3,50	3,64	104%	ND
Perte d'autonomie liée au vieillissement	1.3.1	Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	11 187	10 488	11 187	11 187	9 662	86%	86%
	1.3.2	Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie	24,0	19,0	21,5	21,5	25,0	116%	104%
	1.3.3	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	3,000	2,800	3,000	3,000	3,138	105%	105%
	1.3.4	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,230	0,190	0,210	0,210	0,212	101%	92%

		Indicateurs pour les ententes de gestion 2008-2009		Cible 2010	Seuil 2009-2010	Engagement 2009-2010		Résultats 2009-2010 31 mars 2010	Pourcentage d'atteinte au 31 mars 2010	
						annualisé	déboursé		Engagement déboursé	Cible 2010
Déficience physique	1.4.1	Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)		3 866	3 636	2 262	2 004	2 232	111%	58%
	1.4.2	Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)		21,5	14,5	18,6	18,6	20,3	109%	94%
	1.4.3	Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe		808	443	663	435	436	100%	54%
	1.4.8	Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services spécialisés de réadaptation		2 442	N/A	3 536	3 160	3 192	101%	131%
Déficience intellectuelle et TED	1.5.11	Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)		715	598	1 465	1 315	1 392	106%	195%
	1.5.12	Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DI-TED)		12,0	6,5	9,0	9,0	9,6	107%	80%
	1.5.13	Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe		779	657	788	738	796	108%	102%
Jeunes en difficulté	1.6.1	Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)		8 299	6 639	8 075	8 075	8 549	106%	103%
	1.6.2	Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)		7,0	6,0	7,0	7,0	6,8	96%	96%
	1.6.4	Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	*	12,0	N/A	20,0	20,0	22,5	89%	53%
	1.6.5	Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse	*	30,0	N/A	21,6	21,6	11,9	182%	252%
	1.6.7	Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSPJA	*	14,0	14,0	12,1	12,1	9,2	131%	152%
Dép.	1.7.2	Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique		636	424	275	275	229	83%	36%
Santé mentale	1.8.5	Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services		1 006	1 006	683	683	493	72%	49%
	1.8.6	Nombre de places en service de suivi intensif pour les adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services		297	297	40	40	14	35%	5%
	1.8.7	Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	*	12,0	N/A	16,0	15,0	22,0	68%	55%
	1.8.8	Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	*	0,0	N/A	4,0	4,0	10,5	38%	ND
	1.8.9	Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de première ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)		9 311	9 311	4 755	4 755	6 409	135%	69%
	1.8.10	Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de deuxième ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	*		N/A	358	358	1 203	30%	ND

		Indicateurs pour les ententes de gestion 2008-2009		Cible 2010	Seuil 2009-2010	Engagement 2009-2010		Résultats 2009-2010 31 mars 2010	Pourcentage d'atteinte au 31 mars 2010	
						annualisé	déboursé		Engagement déboursé	Cible 2010
Santé physique	1.9.1	Séjour moyen sur civière	*	12,0	N/A	15,0	14,0	21,6	65%	56%
	1.9.2	Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	*	12,0	N/A	16,0	15,0	31,3	48%	38%
	1.9.3	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	*	0,0	N/A	2,0	2,0	11,1	18%	ND
	1.9.4	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	*	0,0	N/A	2,0	2,0	21,0	10%	ND
	1.9.5	Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile **		1 543	1 288	1 470	1 470	1 350	92%	87%
	1.9.6	Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile		16,0	14,0	16,3	16,3	19,9	122%	124%
	1.9.11	Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées		Augmentation	144	167	167	248	149%	ND
	1.9.12	Nombre d'arthroplasties du genou réalisées		Augmentation	156	264	264	363	138%	ND
	1.9.13	Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées		Augmentation	2 587	4 461	4 461	5 655	127%	ND
	1.9.14	Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)		Augmentation	7 687	8 534	8 534	10 102	118%	ND
	1.9.15	Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)		Augmentation	7 681	8 924	8 924	8 573	96%	ND
	1.9.20	Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traité dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche		Augmentation	90	90	90	96	107%	ND
	1.9.21	Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traité dans les délais pour une arthroplastie totale du genou		Augmentation	90	90	90	92	102%	ND
	1.9.22	Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traité dans les délais pour une chirurgie de la cataracte		Augmentation	90	90	90	72	80%	ND
Gestion des bâtiments	2.2.2A	Pourcentage d'établissements ayant appliqué les lignes directrices en hygiène et salubrité - Répertoire		100	100	100	50	64	128%	64%
	2.2.2B	Pourcentage d'établissements ayant appliqué les lignes directrices en hygiène et salubrité - Catégorisation		100	100	100	50	49	98%	49%
	2.2.2C	Pourcentage d'établissements ayant appliqué les lignes directrices en hygiène et salubrité - Accord rseponsable		100	100	100	50	35	70%	35%
	2.2.2D	Pourcentage d'établissements ayant appliqué les lignes directrices en hygiène et salubrité - Accord du CA		100	100	100	50	13	26%	13%
	2.2.2E	Pourcentage d'établissements ayant appliqué les lignes directrices en hygiène et salubrité - Application		100	100	100	50	8	16%	8%

Axe :	Personnel du réseau et du Ministère

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer la gestion de la présence au travail et disponibilité du personnel afin d'assurer un équilibre entre l'offre et la demande.

Indicateurs	*Résultats[1] 2008-2009*	*Cibles[2] 2009-2010*	*Résultats[3] 2009-2010*
3.1 Ratio entre le nombre d'heures en assurance-salaire et le nombre d'heures travaillées	7,01	6,44	6,71
3.2 Pourcentage d'établissements ayant atteint la cible en lien avec le temps supplémentaire travaillé par le personnel infirmier	50%	70%	50%
3.3 Pourcentage d'établissements de la région ayant atteint la cible en lien avec la main-d'œuvre indépendante du personnel infirmier	40%	70%	20%
3.4 Pourcentage de postes à temps complet régulier pour les infirmières	Nouveau	50%	50%

Commentaires

3.1 La performance régionale en matière d'assurance-salaire s'est améliorée comparativement à l'an dernier mais nous n'avons pas atteint la cible. Six des onze établissements visés par cet indicateur ont atteint leur cible locale alors que cinq ne l'ont pas atteinte pour les raisons suivantes: maladies reliées à la grippe A(H1N1), augmentation de la durée des absences reliées aux problèmes de santé mentale, surcharge de travail et épuisement occasionnés par la pénurie de main-d'œuvre, détérioration du climat de travail dans certains cas, taux de roulement élevé dans les directions des ressources humaines ayant un impact sur la gestion médico-administrative des absences.

L'Agence soutient les établissements en offrant aux gestionnaires une formation en gestion intégrée de la présence au travail et en leur fournissant des services conseils régionaux de médecins spécialistes afin d'accélérer l'investigation et de faciliter le retour au travail de l'employé.

3.2 et 3.3 La diminution des heures travaillées en temps supplémentaire ainsi que le pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante en personnel infirmier demeurent des préoccupations majeures. Ces deux indicateurs sont fortement liés. En effet, les établissements qui performent au niveau de l'indicateur du temps supplémentaire ont augmenté leur utilisation de la main-d'œuvre indépendante. Nos résultats régionaux pour ces deux indicateurs sont inférieurs à notre cible régionale de 70%. Les écarts sont attribuables au besoin supplémentaire de personnel lors de la lutte à la pandémie, à la difficulté de combler les quarts de travail de soir et de nuit, aux postes vacants, aux congés de maternité, aux départs à la retraite et à la pénurie en général.

Un seul CSSS a réussi à diminuer ses résultats en deçà des cibles pour les deux indicateurs. Cet établissement a été reconnu dernièrement pour la qualité de son leadership. Ce succès serait relié à une combinaison d'actions, notamment l'assouplissement des horaires de travail dans des secteurs critiques, le projet Commodus de conciliation travail-famille et l'implantation du préceptorat. D'ici la fin 2010, tous les établissements seront dotés d'un plan d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre.

3.4 Nous avons atteint la cible régionale de 50% concernant le pourcentage de postes à temps complet régulier pour les infirmières.

En matière de main-d'œuvre, l'Agence compte optimiser ses actions régionales avec le réseau de la santé et des services sociaux et avec ses partenaires des secteurs de l'emploi, de l'éducation, des municipalités et du tourisme.

Nom : Région 15	**Date** : 19 mai 2010

[1]Résultats en date du 11 mai 2009
[2]La cible de l'indicateur 3.4 a été corrigée pour correspondre au libellé de l'indicateur (50% plutôt que 100%)
[3]Résultats en date du 13 mai 2010

Axe :	Santé publique

Objectifs de résultats 2005-2010	Diminuer les taux d'infections nosocomiales.

Indicateurs	*Résultats[4] 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats[5] 2009-2010*
1.1.11 Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETP) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales	A CHSGS 60% B CHSLD 38% D Lits psy 50%	100%	A CHSGS 80% B CHSLD 40% D Lits psy 0%

Commentaires

CHSGS – Quatre des cinq CHSGS ont atteint la cible à 100% et plus. L'autre a eu en 2009-2010 un des postes dépourvus de titulaire comblé par une consultante toute l'année.

CHSLD – En plus des CHSLD qui répondent au ratio recommandé, deux y répondent à 95% et 96%. Nous considérons donc que cette norme est atteinte à 60%. Notons que deux des CSSS de la région ont choisi d'allouer plus de temps infirmière en courte durée qu'en longue durée en raison des besoins plus criants dans cette mission. Ils dépassent donc le ratio en courte durée alors qu'ils n'atteignent pas celui de longue durée. Ces établissements ont mis en place des équipes qui interviennent au besoin dans l'une ou l'autre des installations.

Psychiatrie – L'atteinte de cette norme doit aussi être relativisée car le CSSS qui a le plus grand nombre de lits répond à la norme à 96%. L'autre CSSS, qui a davantage dédié ses ressources à sa mission hospitalière, réorganise ses services au besoin pour couvrir les lits de psychiatrie en cas d'éclosion.

Notons que depuis 2005, on observe une grande mobilité des ressources en prévention et contrôle des infections dans certains CSSS, ce qui fait que ces postes sont parfois dépourvus de leur titulaire pour de grandes périodes. La mise en place de stratégies d'attraction et de rétention constitue un défi pour les gestionnaires en place afin d'assurer la qualité et le suivi des interventions en prévention et contrôle des infections nosocomiales. L'embauche de consultantes dans certains CSSS a permis d'apporter du support aux équipes ayant besoin de se réorganiser ou de développer l'expertise requise.

Depuis quelques années, on constate que le leadership des équipes de prévention et contrôle des infections (PCI) des établissements s'est consolidé, notamment, par la création de postes cadre en PCI dans la majorité des établissements (7/10). De plus, les instances de concertation régionale favorisent le partage d'expériences et l'harmonisation des pratiques en matière de PCI.

Nom : Région 15	**Date** : 19 mai 2010

[4]Résultats en date du 11 mai 2009
[5]Résultats en date du 13 mai 2010

Axe :	Santé publique

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité.

Indicateurs	*Résultats[6] 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats[7] 2009-2010*
1.1.12 Proportion de femmes nouvellement inscrites aux Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) et ayant accouché au cours de l'année financière 2009-2010	69,5%	73,0%	69,8%

Commentaires

Nous avons obtenu pour 2009-2010 sensiblement le même résultat que l'an dernier et ce malgré l'augmentation considérable du taux de naissances dans la région et le fait que les mêmes intervenants assurent le suivi de toute la clientèle périnatale (SIPPE et non SIPPE). Par ailleurs, les femmes déjà inscrites au programme SIPPE doivent continuer à bénéficier de suivis jusqu'à ce que les enfants aient atteint l'âge de cinq ans avec les intensités de suivi prescrites. Les cohortes s'accumulent donc et il y a pénurie de main-d'œuvre.

Malgré tous ces facteurs, y compris la lutte à la pandémie qui a mobilisé des ressources, deux des CSSS de notre région dépassent largement leur cible avec des résultats de 117% et 132% d'atteinte de leur engagement.

Nom : Région 15	**Date** : 19 mai 2010

[6]Résultats en date du 11 mai 2009
[7]Résultats en date du 13 mai 2010

Axe :	Santé publique

Objectifs de résultats 2005-2010	Implanter l'approche *École en santé* dans le écoles, et ce, en partenariat avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires de la communauté.

Indicateurs	*Résultats[8] 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats[9] 2009-2010*
1.1.13 Proportion d'écoles qui intègrent l'approche «École en santé»	13%	14%	27%

Commentaires

Au 31 mars 2010, 51 écoles de notre région intègrent l'approche *École en santé*, soit 27% des écoles de notre territoire.

Ces résultats tiennent compte des correctifs apportés suite aux échanges avec les chefs de programme des CSSS de notre région et après consultation avec la répondante ÉES du MSSS et de cinq autres régions au Québec. Ils traduisent mieux le travail fait par les CSSS auprès des écoles, en collaboration avec les commissions scolaires de notre région, pour l'intégration de l'approche *École en santé*.

Malgré l'atteinte et même le dépassement de notre cible, les résultats sont inégaux au sein de notre région. En effet, la totalité des écoles d'un territoire de CSSS intègre l'approche école en santé alors que des difficultés rencontrées avec une commission scolaire de la région ont pour conséquences qu'aucune des écoles de deux autres territoires de CSSS n'intègrent cette approche. Des démarches sont entreprises par l'Agence afin de faire évoluer favorablement le dossier auprès de cette commission scolaire.

Nom : Région 15	**Date** : 19 mai 2010

[8]Résultats en date du 11 mai 2009
[9]Résultats réel en date du 13 mai 2010. Le résultat de Gestred diffère en raison d'un nouveau mode de saisie introduit en 2009-2010.

Axe :	Santé publique

Objectifs de résultats 2005-2010	Augmenter la proportion des enfants qui reçoivent leurs vaccins dans les délais requis, tel que prévu au calendrier du Protocole d'immunisation du Québec.

Indicateurs	*Résultats[10] 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats[11] 2009-2010*
1.1.14 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur première dose de vaccin contre DCat-Polio-Hib dans les délais	49%	60%	46%
1.1.15 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur première dose de vaccin contre le méningocoque du sérogroupe C dans les délais	43%	50%	44%
1.1.16 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur première dose de vaccin conjugué contre le pneumocoque dans les délais	50%	60%	48%

Commentaires

Régionalement, malgré le contexte difficile lié à la lutte à la pandémie, deux des trois indicateurs sont en légère baisse et l'autre est stable. Les résultats de ces trois indicateurs sont environ 15% inférieurs aux cibles. D'ailleurs, un des sept CSSS présente une baisse dramatique de la vaccination dans les délais pour les enfants à deux mois de vie (1.1.14 et 1.1.16) alors que ces doses sont déterminantes. Des interventions seront réalisées auprès de l'établissement afin de le soutenir dans l'atteinte de la cible.

Deux CSSS ont toutefois réussi cette année à augmenter leur pourcentage d'enfants vaccinés dans les délais.

- L'un d'eux a réussi à augmenter en 2009-2010 de 1% à 3% chacun des indicateurs.
- Alors qu'un autre CSSS a réalisé des hausses plus importantes soient de 3% à 9% de leurs résultats. Ce CSSS a mis en place depuis un an un système de vérification de l'âge de l'enfant dans les prises de rendez-vous qui semble produire de bons résultats. Ce dernier atteint les résultats les plus élevés de la région soit 57%, 53% et 61% des enfants vaccinés dans les délais pour chacun des trois types de vaccins respectivement.

Plusieurs font valoir que le délai d'une semaine de la date prévu est «irréaliste». Une modification de l'indicateur est souhaitée et des représentations à cet effet ont été faites au niveau national. Cependant, la tendance à la hausse ou à la baisse est d'intérêt. Plusieurs facteurs peuvent expliquer les difficultés à atteindre les cibles : visites dans les villages une fois par mois, annulation du rendez-vous par les parents eux-mêmes, l'offre de service ne peut être illimitée et, pour cette année, réallocation de ressources pour la pandémie.

Selon l'enquête sur la couverture vaccinale des enfants de un an à deux ans au Québec, en 2008, la couverture vaccinale pour la région des Laurentides est de 80% pour les enfants de 15 mois, comparativement à 75% pour l'ensemble du Québec.

Nom : Région 15	**Date** : 19 mai 2010

[10]Résultats en date du 11 mai 2009
[11]Résultats en date du 13 mai 2010

Axe :	Santé publique

Objectifs de résultats 2005-2010	Renforcer la prévention et assurer le contrôle des infections nosocomiales.

Indicateurs	*Résultats[12] 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats[13] 2009-2010*
1.1.17 Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel	100%	100%	100%
1.1.18 Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales fonctionnel	100%	100%	60%

Commentaires

1.1.17 – Les cinq CHSGS de la région ont un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel ayant tenu quatre rencontres et plus durant l'année.

1.1.18 – Trois des cinq CHSGS ont rédigé leur programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales qui a été adopté par le Comité de prévention des infections nosocomiales, le comité de direction et le conseil d'administration de leur établissement. Les deux autres CHSGS visés par cet indicateur devraient avoir complété le processus d'adoption par leur CA d'ici l'été 2010. De plus, soulignons que les deux CSSS n'ayant pas de mission hospitalière, donc qui ne sont pas visés par cet indicateur, ont tout de même rédigé et adopté un programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales.

Au cours des dernières années, les CSSS de la région ont relevé le défi visant à atteindre ces deux cibles. Ces mécanismes devraient favoriser le partage des responsabilités entre les divers acteurs, leur permettre d'établir une concertation en vue d'une meilleure cohérence des actions, et de consolider une culture de la prévention des infections pour réduire le risque infectieux relié à la prestation des soins et services.

Nom : Région 15	**Date** : 19 mai 2010

[12] Résultats en date du 11 mai 2009
[13] Résultats en date du 13 mai 2010

Axe :	Services infirmiers et psychosociaux généraux

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services psychosociaux généraux en augmentant le nombre de personnes desservies et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	*Résultats[14] 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats[15] 2009-2010*
1.2.2 Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	3 618	3 845	3 809
1.2.3 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	3,56	3,5	3,64

Commentaires

Dans le contexte particulier de l'année 2009-2010, on peut considérer que les engagements ont été atteints. En effet, l'automne 2009 a été caractérisé par une mobilisation de notre réseau autour de la pandémie reliée à la grippe A(H1N1). Dans plusieurs établissements des ressources psychosociales ont été mises à contribution pour soutenir les activités d'organisation de la campagne de vaccination réduisant d'autant la capacité à recevoir la clientèle régulière.

Malgré cela, on constate une légère augmentation de l'intensité des interventions et une atteinte à 99% de l'engagement relatif aux usagers desservis.

Nom : Région 15	**Date** : 19 mai 2010

[14]Résultats en date du 11 mai 2009
[15]Résultats en date du 13 mai 2010

Axe :	Services dans la communauté – perte d'autonomie liée au vieillissement

Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant à 16% la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservies dans la communauté et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15%.

Indicateurs	*Résultats[16] 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats[17] 2009-2010*
1.3.1 Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	10 364	11 187	9 662
1.3.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie	21,88	21,5	25,0

Commentaires

L'intensité des services a été rehaussée de façon significative et permet de maintenir à domicile les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, ce qui s'avère stratégique pour la région, notamment en raison du nombre insuffisant de places en ressources non institutionnelles (RNI) et CHSLD.

Le nombre total d'interventions qui jumellent les deux indicateurs démontre que cinq CSSS sur sept ont atteint leur engagement, et ce, malgré une pression importante liée au vieillissement de la population.

La non-atteinte des résultats par les deux CSSS s'explique par les facteurs suivants :

- Réorganisation des structures organisationnelles et révision du profil des clients faisant en sorte que plusieurs se retrouvent dans d'autres profils comme santé physique court terme et déficience physique.
- Pénurie de personnel.

Nom : Région 15	**Date** : 19 mai 2010

[16] Résultats en date du 11 mai 2009
[17] Résultats en date du 13 mai 2010

Axe :	Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer les soins et les services pour les personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée en augmentant les heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance de 2,5% et en augmentant les heures travaillées par jour-présence en services professionnels de 6%.

Indicateurs	*Résultats[18] 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats[19] 2009-2010*
1.3.3 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	3,110	3,000	3,138
1.3.4 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,230	0,210	0,212

Commentaires

L'atteinte et même le dépassement des engagements reflètent les efforts consentis par les établissements. Toutefois, malgré l'intensité des services, les clients présentent une lourdeur croissante de leur portrait clinique.

Nom : Région 15	**Date** : 19 mai 2010

[18]Résultats en date du 11 mai 2009
[19]Résultats en date du 13 mai 2010

Axe :	Soutien à domicile – déficience physique

Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience physique et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	*Résultats[20] 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats[21] 2009-2010*
1.4.1 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	2 004	2 004	2 232
1.4.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	18,7	18,6	20,3

Commentaires

Dans le cadre du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience, l'Agence des Laurentides a augmenté le financement pour améliorer l'accès des personnes ayant une déficience physique aux services de soutien à domicile offerts par les CSSS. Les résultats reflètent ces investissements.

Nom : Région 15	**Date** : 19 mai 2010

[20]Résultats en date du 11 mai 2009

[21]Résultats en date du 13 mai 2010. Indicateur 1.4.1 : résultat tenant compte des 45 usagers ayant reçu des services aux usagers en milieu naturel DP (C.A. 7 108). Gesttred : 2 187 usagers.

Axe :	Soutien à domicile – déficience physique

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateurs	*Résultats[22] 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats[23] 2009-2010*
1.4.3 Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	378	435	436

Commentaires

Dans le cadre du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience, l'Agence des Laurentides a rehaussé le financement du Programme de soutien à la famille afin d'en améliorer l'accessibilité.

Nom : Région 15	**Date** : 19 mai 2010

[22]Résultats en date du 11 mai 2009
[23]Résultats en date du 13 mai 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	Services spécialisés – déficience physique

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec avec l'intensité suffisante, en augmentant de 12% le nombre de personnes desservies.

Indicateurs	*Résultats[24] 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats[25] 2009-2010*
1.4.8 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services spécialisés de réadaptation	3 186	3 160	3 192

Commentaires

La cible a été atteinte.

Nom : Région 15	**Date** : 19 mai 2010

[24]Résultats en date du 11 mai 2009
[25]Résultats en date du 13 mai 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	Soutien à domicile – déficience intellectuelle et TED

Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle ou un TED et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	*Résultats[26] 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats[27] 2009-2010*
1.5.11 Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	1 175	1 315	1 392
1.5.12 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager DI et TED	8,6	9,0	9,6

Commentaires

Dans le cadre du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience, un financement supplémentaire a été octroyé pour améliorer l'accès des personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement aux services de soutien à domicile offerts par les CSSS. Les résultats reflètent ces investissements.

Nom : Région 15	**Date** : 19 mai 2010

[26] Résultats en date du 11 mai 2009

[27] Résultats en date du 13 mai 2010. Indicateur 1.5.11 : résultat tenant compte des 109 usagers ayant reçu des services aux usagers en milieu naturel DI-TED (C.A. 7 101). Gestred : 1 283 usagers.

Axe :	Soutien à domicile – déficience intellectuelle et TED

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateurs	*Résultats[28] 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats[29] 2009-2010*
1.5.13 Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	743	738	796

Commentaires

Les engagements ont largement été atteints.

Nom : Région 15	**Date** : 19 mai 2010

[28]Résultats en date du 11 mai 2009
[29]Résultats en date du 13 mai 2010

Axe :	Services de première ligne - jeunes et leur famille en difficulté

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux en desservant les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux en rejoignant 7,50% des jeunes âgés de zéro à 17 ans et en augmentant le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne sept interventions par année par usagers.

Indicateurs	*Résultats[30] 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats[31] 2009-2010*
1.6.1 Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	8 497	8 075	8 549
1.6.2 Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	7,0	7,0	6,8

Commentaires

Le nombre d'usagers rejoints (indicateur 1.6.1) dépasse largement l'engagement fixé alors que l'intensité de services (indicateur 1.6.2) est légèrement en dessous de l'engagement. Toutefois, en tenant compte du fait que les intervenants psychosociaux ont dû être mobilisés pour la campagne de vaccination contre la grippe A(H1N1), nous sommes extrêmement satisfaits de ce résultat.

Nom : Région 15	**Date** : 19 mai 2010

[30] Résultats en date du 11 mai 2009
[31] Résultats en date du 13 mai 2010

Axe :	Services de deuxième ligne – jeunes et leur famille en difficulté

Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la LPJ et de la LSJPA dans un délai moyen d'attente de 12 jours calendrier pour les services d'évaluation en protection de la jeunesse pour tout enfant dont le signalement est retenu et dans un délai moyen d'attente de 30 jours calendrier pour l'application des mesures en protection de la jeunesse.

Indicateurs	*Résultats[32] 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats[33] 2009-2010*
1.6.4 Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	21,5	20,0	22,5
1.6.5 Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse	15,2	21,6	11,9
1.6.7 Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSPJA	9,8	12,1	9,2

Commentaires

Les engagements de deux des trois indicateurs qui concernent les services spécialisés de deuxième ligne offerts aux jeunes en difficulté et à leur famille ont été atteints.

La difficulté à atteindre l'engagement se rapportant au délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse (indicateur 1.6.4) est liée à différents facteurs, dont :

- Un nombre de signalements retenus supérieur à l'année précédente (157 signalements de plus, une hausse de 5,5%).
- Un nombre d'évaluations réalisées supérieur à l'année précédente (420 évaluations de plus, une hausse de 17%).
- Une liste d'attente héritée de la fin de l'année précédente exigeant un rattrapage des délais tout au long de l'année.

Par ailleurs, nous observons une diminution du nombre moyen de jeunes en attente à chaque période par rapport à l'année précédente, une diminution du délai d'attente à l'évaluation d'en moyenne 1,22 jours par période et une diminution importante au cours des trois dernières périodes avec des délais d'attente de 12,9 jours, 11,7 jours et 11,3 jours.

Le Centre jeunesse a ajouté de façon ponctuelle du personnel à l'évaluation durant l'année. Pour 2010-2011, l'ajout de quatre postes permanents (ETC) devrait permettre au Centre jeunesse d'atteindre son engagement au cours de la prochaine année financière.

Nom : Région 15	**Date** : 19 mai 2010

[32]Résultats en date du 11 mai 2009
[33]Résultats en date du 13 mai 2010

Axe :	Jeu pathologique

Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'accessibilité des services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec (1,5% de la population requiert des services spécialisés).

Indicateurs	*Résultats[34] 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats[35] 2009-2010*
1.7.2 Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique	211	275	229

Commentaires

Malgré des actions visant à faire connaître les services offerts, la situation prévalant dans les Laurentides ne diffère pas de celle des autres régions du Québec où la baisse des services spécialisés en jeu pathologique est présente.

Une recherche portant sur les obstacles au traitement de la clientèle en jeu pathologique complétée par le centre de réadaptation en cours d'exercice avec la collaboration de l'Institut universitaire en dépendance (CDC-RISQ) permettra au centre de réadaptation de mieux cerner les actions à mettre en place aux fins d'améliorer l'offre de services dans ce programme.

Nom : Région 15	**Date** : 19 mai 2010

[34]Résultats en date du 11 mai 2009
[35]Résultats en date du 13 mai 2010

Axe :	Services de crise et d'intégration dans la communauté – santé mentale

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves : En suivi intensif (70 personnes/100 000 habitants) En soutien d'intensité variable pour les personnes ayant des troubles mentaux graves (250 personnes/100 000 habitants)

Indicateurs	*Résultats[36] 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats[37] 2009-2010*
1.8.5 Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	409	683	543
1.8.6 Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	0	40	14

Commentaires

Soutien d'intensité variable dans la communauté (SIV, 1.8.5)

Les efforts fournis par les établissements de la région cette année visant à consolider ce service se sont traduits par la mise en place graduelle de 614 places en moyenne pour les trois dernières périodes de 2009-2010. Par ailleurs, l'Agence a offert aux établissements des outils et de la formation permettant une meilleure compréhension de ce service.

Toutefois, l'absence d'équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM) dans la majorité des CSSS, a encouragé le déploiement d'équipe mixte SIV-SIM pour moduler la réponse aux besoins. Cette pratique suppose un ratio intervenant/usager moindre mais génère également des difficultés dans la codification.

Enfin, les intervenants sont confrontés aux difficultés à planifier et réaliser les rencontres auprès de la clientèle. Cette complexité est conjuguée à une prestation de services en milieu rural qui engendre des temps de déplacement importants.

Suivi intensif dans le milieu (SIM, 1.8.6)

- Une nouvelle équipe de cinq intervenants a été mise en place à la fin de l'année dernière.
- L'augmentation du nombre de places SIM durant la dernière année (14 places) équivaut à l'ajout d'environ une place à chaque mois, ce qui correspond aux recommandations d'experts en terme de croissance de ce type de service.

Nom : Région 15	**Date** : 19 mai 2010

[36]Résultats en date du 11 mai 2009. Indicateur 1.8.5 : incluant les 50 usagers/places/ année des organismes communautaires non comptabilisés dans Gestred. Résultat Gestred : 369 places.
[37]Résultats en date du 13 mai 2010. Indicateur 1.8.5 : incluant les 50 usagers/places/usagers des organismes communautaires non comptabilisés dans Gestred. Résultat Gestred : 493 places.

Axe :	Services d'urgence – santé mentale

Objectifs de résultats 2005-2010	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins ; 0% de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence

Indicateurs	*Résultats[38] 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats[39] 2009-2010*
1.8.7 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	22,0	16,0	22,0
1.8.8 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	10,8%	4,0%	10,5%

Commentaires

L'engorgement des unités d'hospitalisation de courte durée et les problèmes liés à l'hébergement en santé mentale (places en dépannage et en hébergement de crise) impacte directement la performance des salles d'urgence pour cette clientèle.

En décembre 2009, une difficulté a été atténuée suite à la signature de l'entente de transfert des usagers. En effet, cette entente signée par les DSP des CSSS avec CH et pilotée par l'Agence vient standardiser la procédure de transfert ainsi que les délais prescrits.

Nom : Région 15	**Date** : 19 mai 2010

[38]Résultats en date du 11 mai 2009
[39]Résultats en date du 13 mai 2010

Axe :	Services de première ligne – santé mentale

Objectifs de résultats 2005-2010	Rejoindre 2% de la population âgée de moins de 18 ans et 2% de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les CSSS, en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire.

Indicateurs	*Résultats[40] 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats[41] 2009-2010*
1.8.9 Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de première ligne en CSSS (mission CLSC)	4 724	4 755	6 406

Commentaires

Il apparaît clairement que les services de première ligne en santé mentale se sont développés dans la région des Laurentides conséquemment aux développements et efforts consentis.

Nom : Région 15	**Date** : 19 mai 2010

[40]Résultats en date du 11 mai 2009
[41]Résultats en date du 13 mai 2010

Axe :	Services de deuxième ligne – santé mentale

Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer l'accès à l'évaluation et au traitement en psychiatrie à l'intérieur d'un délai de 60 jours.

Indicateurs	*Résultats[42] 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats[43] 2009-2010*
1.8.10 Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de deuxième ou de troisième ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	800	358	1 203

Commentaires

Les CSSS du centre-sud de la région sont confrontés à un nombre insuffisant de professionnels en deuxième ligne, ce qui crée un goulot d'étranglement au niveau des psychiatres et pédopsychiatres. La situation est encore plus critique que l'année dernière, et ce, particulièrement pour la clientèle adulte.

Par ailleurs, l'augmentation de l'offre de services de première ligne pourrait aussi venir expliquer cette augmentation des délais d'attente. Une analyse de la situation sera réalisée afin d'optimiser l'offre de services de deuxième ligne.

Nom : Région 15	**Date** : 19 mai 2010

[42] Résultats en date du 11 mai 2009
[43] Résultats en date du 13 mai 2010

Axe :	Services d'urgence – santé physique

Objectifs de résultats 2005-2010	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence : - Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins ; - 0% de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence

Indicateurs	*Résultats[44] 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats[45] 2009-2010*
1.9.1 Séjour moyen sur civière	18,5	15,0	21,6
1.9.2 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	24,6	16,0	31,3
1.9.3 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	6,9%	2,0%	11%
1.9.4 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	12,4%	2,0%	21,0%

Commentaires

Globalement la performance des salles d'urgence s'est détériorée par rapport aux années antérieures en raison de difficultés reliées au manque d'effectifs médicaux à l'urgence et dans les unités d'hospitalisation.

Cependant, plusieurs actions ont été mises de l'avant pour améliorer la situation :

Monitoring :

- Suivi quotidien des salles d'urgence et réévaluation.
- Standardisation des informations permettant le suivi de l'engorgement des salles d'urgence.
- Production et diffusion quotidienne d'un rapport présentant les données des salles d'urgence et la situation dans les hôpitaux de la région aux principaux intervenants des CSSS, de l'Agence et du MSSS.

Organisation régionale au niveau des salles d'urgences :

- Rencontres hebdomadaires d'un comité interne (Agence) concernant les salles d'urgences qui regroupe des représentants des directions des affaires médicales et hospitalières, des services préhospitaliers, des services sociaux et les coordonnateurs des mesures d'urgence. Un compte rendu est diffusé aux principaux acteurs de l'Agence.
- Poursuite des activités du nouveau comité régional des salles d'urgence piloté par l'Agence regroupant les médecins chefs des départements d'urgence, les chefs d'unité d'urgence et les gestionnaires des lits. Trois rencontres se sont tenues cette année et plusieurs recommandations ont été discutées aux tables régionales de santé publique, perte d'autonomie liée au vieillissement, santé mentale et des gestionnaires d'accès pour les personnes ayant une déficience.
- Depuis décembre 2010, une entente pilotée par l'Agence a été signée entre les DSP des CSSS avec CH concernant un protocole d'entente de transfert des usagers.

Les prochaines priorités pour optimiser les salles d'urgence consistent à :

- Améliorer l'organisation et le fonctionnement des urgences.
- Assurer l'accessibilité et la continuité des services médicaux dans les unités d'urgence.
- Maintenir l'accessibilité aux services médicaux.
- Contribuer à l'organisation des services hiérarchisés autour d'une première ligne forte.
- Ccontribuer à développer une approche gériatrique au niveau des CSSS.

Nom : Région 15	**Date** : 19 mai 2010

[44]Résultats en date du 11 mai 2009
[45]Résultats en date du 13 mai 2010

Axe :	Soins palliatifs

Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile et en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	*Résultats[46] 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats[47] 2009-2010*
1.9.5 Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	1 354	1 470	1 350
1.9.6 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	19,5	16,3	19,9

Commentaires

Les responsables du programme perte d'autonomie liée au vieillissement des territoires de CSSS concernés par une diminution du nombre d'usagers suivis à domicile confirment que personne n'est en attente de services dans notre région ou sur une liste d'attente.

En ce qui a trait à l'intensité des services offerts, elle est en concordance avec les besoins spécifiques de cette clientèle.

Nom : Région 15	**Date** : 19 mai 2010

[46] Résultats en date du 11 mai 2009
[47] Résultats en date du 13 mai 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	Lutte contre le cancer

Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la capacité d'intervention des services spécialisés en radiothérapie en fonction du délai établi de quatre semaines

Indicateurs	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
1.9.7 Pourcentage de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	N/A	N/A	N/A

Commentaires	
Nom :	**Date :**

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	Cardiologie tertiaire

Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en hémodynamie

Indicateurs	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
1.9.8 Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie	N/A	N/A	N/A
Catégorie A :	N/A	N/A	N/A
Catégorie B :	N/A	N/A	N/A

Commentaires	
Nom :	**Date :**

Axe :	Cardiologie tertiaire

Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en chirurgie cardiaque

Indicateurs	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
1.9.9 Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque	N/A	N/A	N/A
Catégorie A :	N/A	N/A	N/A
Catégorie B :	N/A	N/A	N/A

Commentaires	
Nom :	**Date :**

Axe :	Cardiologie tertiaire

Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en électro-physiologie

Indicateurs	*Résultats 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats 2009-2010*
1.9.10 Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électro-physiologie	N/A	N/A	N/A
Catégorie A :	N/A	N/A	N/A
Catégorie B :	N/A	N/A	N/A

Commentaires	
Nom :	**Date :**

Axe :	Chirurgie

Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche ou d'une arthroplastie du genou ou d'une chirurgie de la cataracte ou d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation

Indicateurs	*Résultats[48] 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats[49] 2009-2010*
1.9.11 Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées	176	167	248
1.9.12 Nombre d'arthroplasties du genou réalisées	254	264	363
1.9.13 Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	5 568	4 461	5 655
1.9.14 Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	8 851	8 534	10 102
1.9.15 Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	9 131	8 924	8 753

Commentaires

Exception faite de la chirurgie avec hospitalisation, toutes les cibles de chirurgies ont été largement dépassées en 2009-2010. La cible liée au nombre de chirurgies avec hospitalisation est atteinte à 98%. L'écart de 171 chirurgies peut être attribuable au délestage d'activités qui a eu lieu à l'automne en raison de la lutte à la pandémie. En effet, les deux centres spécialisés de la région ont dû accueillir les patients souffrant de la grippe A(H1N1) des autres territoires ayant besoin de soins spécialisés (soins intensifs en pneumologie ou par la médecine interne). Ces volumes additionnels ont eu un impact certain sur la disponibilité des lits de courte durée et de soins intensifs, donc impact direct sur la production de chirurgie avec hospitalisation.

Nom : Région 15	**Date** : 19 mai 2010

[48]Résultats en date du 11 mai 2009
[49]Résultats en date du 13 mai 2010

Axe :	Chirurgie

Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche ou d'une arthroplastie du genou ou d'une chirurgie de la cataracte ou d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation

Indicateurs	*Résultats[50] 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats[51] 2009-2010*
1.9.20 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	94%	90%	96%
1.9.21 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	88%	90%	92%
1.9.22 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	53%	90%	72%

Commentaires

Les cibles ont été atteintes et même dépassées concernant les délais pour une arthroplastie totale de la hanche et du genou.

En ce qui concerne la chirurgie de la cataracte, la cible n'est pas atteinte (80% de la cible). Il faut comprendre que le mandat de la chirurgie de la cataracte pour la population des Laurentides est assumé par un seul CSSS dans le cadre de sa vocation régionale, celui-ci doit donc opérer un grand nombre de clients. Les mesures suivantes ont été prises par l'établissement afin d'atteindre la cible :

- Saisie des données : réduction du délai entre la réalisation de la chirurgie et la saisie au système de sept jours à 72 h et poursuite des travaux pour réduire à 48 h.
- Gestion de la planification opératoire : implantation du « pré-booking ».
- Réorganisation et révision des processus de travail au bloc opératoire ayant pour impact une optimisation de l'utilisation du bloc opératoire et une réduction du délai moyen d'enchaînement.
- Entente signée avec le privé pour la réalisation de 1 000 chirurgies de la cataracte par année.

Par ailleurs, l'Agence des Laurentides travaille en collaboration avec le CSSS dans le cadre des travaux transitoires du bloc opératoire, endoscopie et centre de l'œil.

Nom : Région 15	**Date** : 19 mai 2010

[50] Résultats en date du 11 mai 2009
[51] Résultats en date du 13 mai 2010

Axe :	Prévention et contrôle - infections nosocomiales

Objectifs de résultats 2005-2010	Diminuer les taux d'infections nosocomiales.

Indicateurs		*Résultats[52] 2008-2009*	*Cibles 2009-2010*	*Résultats[53] 2009-2010*
2.2.2 Pourcentage d'installations ayant analysé et éliminé leurs zones grises en hygiène et salubrité	Répertoire	31,8%	50%	64%
	Catégorisation	22,7%	50%	49%
	Accord responsable	15,9%	50%	35%
	Accord au c/a	11,4%	50%	13%
	Application	Nouveau	50%	7%

Commentaires

Cet indicateur a de nouveau été modifié cette année demandant l'élimination des zones grises. En 2009-2010, 11 établissements étaient visés par cet indicateur, pour un total de 38 installations dans la région des Laurentides. Tous les établissements ont débuté la démarche.

L'atteinte de cette cible est particulièrement prioritaire en courte et en longue durée. Parmi les solutions mises de l'avant, quelques établissements ont retenu les services d'une firme ou fait l'acquisition d'un logiciel. De plus, la mise en place du comité en hygiène et salubrité des Laurentides (CHSL) en 2008-2009 favorise le partage d'expérience et permet d'assurer une meilleure coordination des démarches en matière d'hygiène et salubrité. Deux sous-comités de travail ont été créés dans le but de soutenir les établissements, notamment pour l'atteinte des cibles concernant les zones grises et la formation des préposés.

Notons que depuis 2007, on observe dans notre région une grande mobilité des ressources au niveau de la gestion en hygiène et salubrité. La mise en place de stratégies d'attraction et de rétention constitue un défi pour les gestionnaires en place afin d'assurer la qualité et le suivi des interventions.

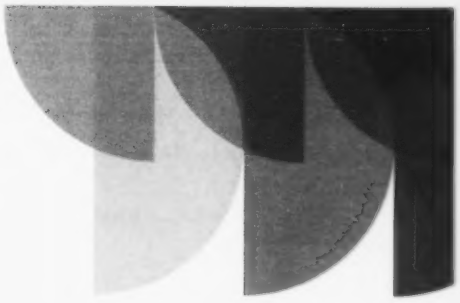
Nom : Région 15	**Date** : 19 mai 2010

[52]Résultats en date du 11 mai 2009
[53]Résultats en date du 13 mai 2010

Données financières

Enveloppe régionale des crédits
Situation financière des établissements
Subventions accordées
aux organismes communautaires
États financiers

Enveloppe régionale des crédits



ÉTAT D'ALLOCATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE DES CRÉDITS

		31 mars 2009	31 mars 2010
		Montant	Montant
ENVELOPPE RÉGIONALE			
Montant de l'enveloppe régionale finale (nette) 2007-2008 inscrit dans le système SBF-R	01	707 099 685	742 700 288 $
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE			
Allocations aux établissements	02	653 714 108	688 792 957
Allocations aux organismes communautaires	03	20 659 057	21 439 919
Allocations à d'autres organismes excluant ligne 02 et ligne 03	04	765 680	686 610
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R **(L. 02 à L. 04)**	05	675 138 845	710 919 486
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact à l'enveloppe régionale finale	06	25 367 292	28 789 926
Autres	07	17 100	20 700
TOTAL (L.05 à L.07)	08	700 523 237	739 710 112
Excédent de l'enveloppe régionale sur les affectations avant prévision des comptes à payer (L.01 - L.08)	09	6 576 448	2 990 176 $
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R pour les établissements publics			
- Comptes à payer signifiés	10	5 221 662	2 734 341
- Comptes à payer non signifiés	11	821 928	
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R pour les organismes autres que les établissement publics			
- Comptes à payer signifiés	12	99 805	56 060
- Comptes à payer non signifiés	13	235 938	3 642
TOTAL des comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R **(L.10 à L.13)**	14	6 379 333	2 794 063
Comptes à fin déterminée reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice subséquent	15	197 115	196 113
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS (L.09 - L.14 - L.15)	16	-	- $

Cette page fait partie intégrante des états financiers condensés dont fait mention le rapport des vérificateurs inclus au présent document.

Les nouveaux crédits (brut - base annuelle)

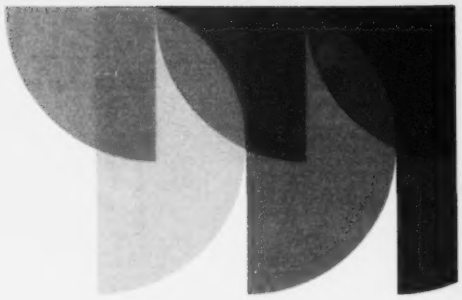
Les nouveaux crédits (Brut - base annuelle)

	2008-2009	2009-2010	% aug./enveloppe 08-09
ENVELOPPE RÉGIONALE			
Coûts de systèmes (indexation)	19,3	20,2	2,66%
Coûts de système spécifique et transition	3,5	4,4	0,57%
Développement des services	13,6		
Autres ajustements en cours d'exercice	0,8	2,5	0,33%
TOTAL	**37,2**	**27,1**	**3,56%**

Développements (incluant transition) par programme (base annuelle)

	2008-2009	2009-2010
Santé publique	808 492 $	
Services généraux	406 168 $	
Perte d'autonomie liée au vieillissement	2 988 133 $	
Déficience physique	1 755 358 $	2 232 833 $
Déficience intellectuelle et TED	1 260 562 $	519 279 $
Jeunes en difficultés	981 284 $	
Dépendances	709 000 $	
Santé mentale	1 164 000 $	
Santé physique	2 802 378 $	
Administration	717 171 $	
Gestion des bâtiments et des équipements		
Total	13 592 546 $	2 752 112 $

Situation financière des établissements



Établissements publics et privés conventionnés
Budget net de fonctionnement (base déboursée)

	2008-2009	2009-2010
CSSS d'Antoine-Labelle	74 925 479 $	77 937 374 $
CSSS de Saint-Jérôme	179 041 777 $	189 838 294 $
CSSS des Sommets	63 181 636 $	66 039 460 $
CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes	107 842 269 $	114 757 869 $
CSSS d'Argenteuil	34 416 741 $	37 449 581 $
CSSS Thérèse-De Blainville	51 382 766 $	53 881 787 $
CSSS des Pays-d'en-Haut	13 852 884 $	16 367 726 $
La Résidence de Lachute	2 538 604 $	2 639 366 $
CR André-Boudreau	4 231 286 $	4 956 473 $
CR Le Florès	43 506 309 $	45 378 832 $
CRDP Le Bouclier	10 477 946 $	11 972 701 $
Centre Jeunesse	58 301 134 $	60 562 742 $
Total établissements publics	643 698 831 $	681 782 205 $
CHSLD Deux-Montagnes	4 185 758 $	4 355 880 $
CHSLD Villa Soleil	9 293 037 $	9 577 508 $
Pavillon Ste-Marie (CR)	8 563 164 $	8 779 165 $
Total établissements privés conventionnés	22 041 959 $	22 712 553 $

Autorisations d'emprunt des établissements publics au 31 mars 2010

Emprunts	$ Autorisé	$ Utilisé
Autorisés par le MSSS		
Dépenses de fonctionnement	138 930 000 $	116 748 488 $
Projets autofinancés d'économie d'énergie	5 737 523 $	513 889 $
	144 667 523 $	117 262 377 $
Autorisés par l'Agence		
Projets autofinancés	3 401 272 $	3 277 065 $

Établissements publics - surplus (déficits)

2008-2009

	Surplus (déficit)	Déficit autorisé	Écart
CSSS d'Antoine-Labelle	(1 751 408) $	(549 538) $	(1 201 870) $
CSSS de Saint-Jérôme	(5 510 088) $	(1 260 479) $	(4 249 609) $
CSSS des Sommets	(2 073 488) $	(2 075 178) $	1 690 $
CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes	(3 637 485) $	(3 650 778) $	13 293 $
CSSS d'Argenteuil	126 951 $	- $	126 951 $
CSSS de Thérèse-De Blainville	(1 626 741) $	(234 419) $	(1 392 322) $
CSSS des Pays-d'en-Haut	(164 995) $	(165 246) $	251 $
La Résidence de Lachute	184 953 $	- $	184 953 $
Centre André-Boudreau	25 702 $	- $	25 702 $
Centre du Florès	(540 526) $	(668 668) $	128 142 $
Centre jeunesse des Laurentides	(507 102) $	(617 322) $	110 220 $
Total établissements publics	(15 474 227) $	(9 221 628) $	(6 252 599) $

2009-2010

	Surplus (déficit)	Déficit autorisé	Écart
CSSS d'Antoine-Labelle	(543 491) $	(549 538) $	6 047 $
CSSS de Saint-Jérôme	(6 156 198) $	(1 260 479) $	(4 895 719) $
CSSS des Sommets	(2 073 718) $	(2 075 178) $	1 460 $
CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes	(3 533 000) $	(3 650 778) $	117 778 $
CSSS d'Argenteuil	- $	- $	- $
CSSS Thérèse-De Blainville	198 929 $	(234 419) $	433 348 $
CSSS des Pays-d'en-Haut	(164 624) $	(165 246) $	622 $
La Résidence de Lachute	2 233 $	- $	2 233 $
Centre André-Boudreau	35 502 $	- $	35 502 $
Centre du Florès	(657 084) $	(668 668) $	11 584 $
Centre jeunesse des Laurentides	(543 888) $	(617 322) $	73 434 $
Total établissements publics	(13 435 339) $	(9 221 628) $	(4 213 711) $

Subventions accordées aux organismes communautaires

	Versement total 2008-2009	Versement total 2009-2010
Catégorie A - ALCOOLISME, TOXICOMANIE ET DÉPENDANCE		
Groupe JAD	75 807 $	76 868 $
L'Unité Toxi des Trois-Vallées	26 544 $	26 914 $
Maison Lyse-Beauchamp	186 000 $	198 637 $
Regroupement en toxicomanie Prisme	152 047 $	154 176 $
Sablier	95 900 $	97 129 $
Tangage des Laurentides	93 172 $	87 294 $
Unité Domrémy de Ste-Thérèse	161 493 $	163 755 $
SOUS-TOTAL - Catégorie A	**790 963 $**	**804 773 $**
Catégorie B - CONTRACEPTION, PÉRINATALITÉ, ALLAITEMENT, FAMILLE		
6e Jour	154 076 $	162 862 $
Grands-Parents Tendresse	57 972 $	66 800 $
La Maison de la famille de Bois-des-Filion	10 750 $	10 750 $
La Maison de la famille des Pays-d'en-Haut	1 850 $	1 850 $
La Petite Maison de Pointe Calumet	1 000 $	1 000 $
La Maison de la famille de Ste-Anne-des-Plaines	1 000 $	1 000 $
Maison Parenfant des Basses-Laurentides	850 $	850 $
Maison Pause-Parent	5 400 $	5 050 $
Naissance-Renaissance des Hautes-Laurentides	233 370 $	142 946 $
Nourri-Source-Laurentides	22 818 $	41 090 $
SOUS-TOTAL - Catégorie B	**489 086 $**	**434 198 $**
Catégorie C - DÉFICIENCE PHYSIQUE		
Ass. des parents d'enfants handicapés des Hautes-Laurentides	21 668 $	22 758 $
Ass. des personnes avec des problèmes auditifs des Laurentides (APPAL)	208 357 $	218 119 $
Association des personnes handicapées Clair-Soleil	65 456 $	70 935 $
Association québécoise de la dysphasie, région Laurentides	101 139 $	105 998 $
Centre d'aide aux personnes traumatisées crâniennes et handicapées physiques des Laurentides	203 508 $	226 670 $
Groupe relève pour personnes aphasiques	147 193 $	162 398 $
La Maison des parents d'enfants handicapés des Laurentides	52 817 $	53 556 $
Regroupement des handicapés visuels des Laurentides	101 128 $	- $
Regroupement des personnes handicapées de la région de Mt-Laurier	44 980 $	45 610 $
Service Régional d'Interprétariat de Lanaudière (SRIL)	2 500 $	91 260 $
SIVET	79 537 $	- $
Société canadienne de la sclérose en plaques section Laurentides	32 538 $	34 142 $
SOUS-TOTAL - Catégorie C	**1 060 821 $**	**1 031 446 $**

	Versement total 2008-2009	Versement total 2009-2010
Catégorie D - DÉFICIENCE INTELLECTUELLE		
Acco-Loisir	84 541 $	92 569 $
Association des parents d'enfants handicapés des Hautes-Laurentides	22 057 $	22 758 $
Association des personnes handicapées Clair-Soleil	67 709 $	70 938 $
Association des personnes handicapées intel. des Laurentides (APHIL)	93 535 $	93 202 $
Atelier Altitude	131 135 $	139 815 $
La Libellule, pour les personnes vivant avec une déficience intellectuelle	135 746 $	144 490 $
Les Papillons de Nominingue	86 343 $	90 790 $
La Maison des parents d'enfants handicapés des Laurentides	67 825 $	55 015 $
Parrainage civique Basses-Laurentides	35 873 $	36 768 $
Regroupement des personnes handicapés de la région de Mt-Laurier	44 980 $	55 610 $
Société de l'autisme S.A.R. Laurentides	171 952 $	174 360 $
SOUS-TOTAL - Catégorie D	**941 696 $**	**976 315 $**
Catégorie G - SANTÉ MENTALE		
Alternatives Laurentides	7 055 $	7 154 $
Association Laurentienne des proches de la personne atteinte de maladie mentale	214 793 $	229 146 $
Atelier « Ensemble on se tient »	212 184 $	221 754 $
C.E.S.A.M.E. Centre pour l'enfance en santé mentale Deux-Montagnes	151 872 $	156 015 $
Centre aux sources d'Argenteuil	165 698 $	176 663 $
Centre prévention suicide Le Faubourg	520 631 $	529 919 $
Droits et recours des Laurentides	107 674 $	114 181 $
Groupe La Licorne MRC Thérèse-De Blainville	231 077 $	234 313 $
L'Arc-en-Soi, centre de prévention et d'intervention en santé mentale	201 681 $	204 503 $
Le Groupe Harfang des Neiges des Laurentides	255 016 $	258 586 $
L'Échelon des Pays-d'en-Haut	139 996 $	152 300 $
L'Envolée de Sainte-Agathe-des-Monts	137 797 $	146 570 $
Maison Clothilde	134 482 $	143 209 $
SOUS-TOTAL - Catégorie G	**2 479 956 $**	**2 574 313 $**
Catégorie H - CENTRE D'ACTION BÉNÉVOLE (CAB)		
L'Action bénévole de la Rouge	36 293 $	36 801 $
Centre d'action bénévole Association Solidarité d'Argenteuil	40 590 $	41 158 $
Centre d'action bénévole Léonie Bélanger	49 162 $	49 850 $
Centre de bénévolat de Saint-Jérôme	42 040 $	42 629 $
Entraide bénévole des Pays-d'en-Haut	223 942 $	226 936 $
SOUS-TOTAL - Catégorie H	**392 027 $**	**397 374 $**
Catégorie J - PERSONNES AGÉES		
Atelier des Aînés de la MRC Rivière-du-Nord	32 606 $	33 064 $
Mouvement d'entraide de Bellefeuille (M.E.B.)	45 392 $	49 810 $
SOUS-TOTAL - Catégorie J	**77 998 $**	**82 874 $**

	Versement total 2008-2009	Versement total 2009-2010
Catégorie K - SANTÉ PHYSIQUE		
Association de la fibromyalgie des Laurentides	99 035 $	105 998 $
SOUS-TOTAL - Catégorie K	**99 035 $**	**105 998 $**
Catégorie L - PERSONNES DÉMUNIES		
Café communautaire L'Entre-gens de Ste-Adèle, comté Rousseau	87 423 $	90 790 $
Amie du quartier	87 653 $	98 710 $
Centre communautaire Ferme-Neuve	22 550 $	39 262 $
Centre de la famille du Grand St-Jérôme	131 484 $	140 168 $
Centre d'entraide d'Argenteuil	130 738 $	139 414 $
Centre d'entraide Racine-Lavoie	132 625 $	156 226 $
Centre d'entraide Thérèse-de-Blainville	93 118 $	94 422 $
Comité d'aide alimentaire des Patriotes	5 000 $	29 937 $
Comptoir d'entraide de Labelle	19 081 $	19 348 $
Garde Manger des Pays-d'en-Haut/Partage Amitié	22 550 $	42 401 $
La rencontre de Ste-Marguerite du Lac Masson	40 079 $	44 860 $
La Maison d'entraide de Prévost	15 481 $	15 698 $
Manne du jour	63 582 $	69 549 $
Moisson Laurentides	112 630 $	206 322 $
Resto pop Thérèse-de-Blainville	5 000 $	27 312 $
Soupe populaire de la Vallée de St-Sauveur	14 390 $	15 770 $
SOUS-TOTAL - Catégorie L	**983 384 $**	**1 230 189 $**
Catégorie N - ASSISTANCE ET ACCOMPAGNEMENT / CENTRES TÉLÉPHONIQUES		
4 Korners Family Resource Center	7 300 $	33 812 $
SOUS-TOTAL - Catégorie N	**7 300 $**	**33 812 $**
Catégorie O - VIH - SIDA		
Centre Sida Amitié	269 092 $	285 183 $
SOUS-TOTAL - Catégorie O	**269 092 $**	**285 183 $**
Catégorie Q - CONCERTATION ET CONSULTATION GÉNÉRALE		
Regroupement des organismes communautaires des Laurentides	174 786 $	181 036 $
SOUS-TOTAL - Catégorie Q	**174 786 $**	**181 036 $**

	Versement total 2008-2009	Versement total 2009-2010
Catégorie R - MAINTIEN À DOMICILE		
L'Action bénévole de la Rouge	53 445 $	54 005 $
Association des abeilles actives de Notre-Dame-du-Laus	14 863 $	16 231 $
Centre d'action bénévole Association Solidarité d'Argenteuil	222 343 $	227 723 $
Centre d'action bénévole Laurentides	203 907 $	206 568 $
Centre d'action bénévole Léonie Bélanger	160 835 $	166 251 $
Centre d'action bénévole les artisans de l'aide	275 015 $	278 670 $
Centre d'action bénévole Solange-Beauchamp	280 218 $	283 947 $
Centre d'aide et de références de Ste-Anne-des-Plaines	49 757 $	54 578 $
Centre de bénévolat de Saint-Jérôme	213 524 $	216 376 $
Comité de bénévolat Ste-Anne-du-Lac	14 855 $	16 222 $
Comité de bénévolat pour s'entraider de Ferme-Neuve	14 768 $	16 129 $
Grands-Parents Tendresse	6 838 $	- $
Les joyeux aînés macaziens	14 958 $	16 333 $
Pallia-Vie service des soins palliatifs à domicile	11 506 $	- $
SERCAN (service pour personnes atteintes d'un cancer)	10 115 $	- $
Société Alzheimer des Laurentides	104 935 $	106 235 $
SOUS-TOTAL - Catégorie R	**1 651 882 $**	**1 659 268 $**
Catégorie S - MAISONS D'HÉBERGEMENT POUR FEMMES VIOLENTÉES OU EN DIFFICULTÉ		
La Citad'elle de Lachute	658 496 $	667 715 $
Maison d'accueil Le Mitan	663 293 $	672 580 $
La Maison d'Ariane	673 265 $	682 690 $
L'Ombre-Elle, Maison d'hébergement pour femmes victimes de violence	661 795 $	671 060 $
Passe-R-Elle des Hautes-Laurentides	641 191 $	650 168 $
SOUS-TOTAL - Catégorie S	3 298 040 $	3 344 213 $
Catégorie T - CENTRES DE FEMMES		
Le Carrefour des femmes du Grand Lachute	202 067 $	204 871 $
Le Centre de femmes Les Unes et les Autres	172 485 $	187 329 $
Centre de femmes Liber'elles	22 550 $	35 186 $
Centre Rayons de femmes Thérèse-De Blainville	172 108 $	177 829 $
La Colombe	171 995 $	178 554 $
La Mouvance centre de femmes	171 927 $	177 829 $
Signée femmes - le centre de femmes	171 950 $	179 729 $
SOUS-TOTAL - Catégorie T	**1 085 082 $**	**1 141 327 $**
Catégorie V - CENTRE D'AIDE ET DE LUTTE CONTRE LES AGRESSIONS À CARACTÈRE SEXUEL (CALACS)		
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel Laurentides	360 040 $	434 480 $
Centre d'entraide et de traitement des agressions sexuelles (CETAS)	208 908 $	211 833 $
L'Élan, centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel	263 532 $	267 221 $
SOUS-TOTAL - Catégorie V	**832 480 $**	**913 534 $**

	Versement total 2008-2009	Versement total 2009-2010
Catégorie X - HOMMES EN DIFFICULTÉ		
A.C.C.R.O.C. Accueil coll. des conjoints en rel. opprim. et colérique	197 636 $	207 249 $
Paix programme d'aide et d'intervention	155 424 $	164 303 $
SOUS-TOTAL - Catégories X	**353 060 $**	**371 552 $**
Catégorie Z - ORGANISMES DE JUSTICE ALTERNATIVE		
Mesures alternatives des Basses-Laurentides	395 190 $	408 326 $
Mesures alternatives des Vallées du Nord	416 280 $	426 151 $
SOUS-TOTAL - Catégorie Z	**811 470 $**	**834 477 $**
Catégorie 1 - MAISONS DE JEUNES		
Association des maisons de jeunes de Mirabel	89 650 $	90 905 $
Maison des jeunes de Mont-Laurier	117 615 $	119 262 $
Carrefour Jeunesse Desjardins	98 270 $	99 646 $
La Maison des jeunes de Blainville	96 849 $	98 204 $
La Maison des jeunes de Grenville et agglomération	86 984 $	91 890 $
La Maison des jeunes de Labelle	86 176 $	90 790 $
La Maison des jeunes d'Oka	86 281 $	90 790 $
L'Avenue 12-17	89 650 $	90 905 $
Univers Jeunesse Argenteuil	133 786 $	135 660 $
Maison des jeunes de Brownsburg	86 173 $	90 790 $
Maison des jeunes des Deux-Montagnes	96 553 $	97 904 $
Maison des jeunes de la Minerve	53 270 $	54 345 $
Maison des jeunes de la Vallée de la Rouge	107 959 $	109 470 $
La Maison des jeunes de Pointe-Calumet	86 159 $	90 790 $
La Maison des jeunes de Sainte-Agathe	96 903 $	98 260 $
Maison des jeunes de Ste-Anne-des-Plaines	94 980 $	96 309 $
Maison des jeunes de St-Eustache, Entre-Ado	108 314 $	109 830 $
Maison des jeunes de St-Jovite	101 742 $	103 165 $
Maison des jeunes des Basses-Laurentides	136 812 $	138 727 $
Maison des jeunes Rivière-du-Nord	108 314 $	120 300 $
Maison des jeunes Sainte-Adèle	99 326 $	100 715 $
Maison des jeunes Sodarrid de Boisbriand	30 105 $	96 925 $
Maison des jeunes St-Sauveur - Piedmont inc.	53 271 $	54 344 $
SOUS-TOTAL - Catégorie 1	**2 145 142 $**	**2 269 926 $**

	Versement total 2008-2009	Versement total 2009-2010
Catégorie 2 - AUTRES RESSOURCES JEUNESSE		
L'Antre Jeunes	136 780 $	145 541 $
Appartements supervisés Le Transit	24 397 $	27 965 $
Association Panda Thérèse-De Blainville et des Laurentides	129 919 $	140 081 $
Centre ressource jeunesse N.D.L.	44 420 $	46 219 $
Espace Laurentides	128 456 $	130 254 $
L'Écluse des Laurentides	194 531 $	204 098 $
Les Grands Frères et Grandes Sœurs de la porte du Nord	63 582 $	66 249 $
Panda Basses-Laurentides Sud-Ouest	128 781 $	137 429 $
Parrainage civique Basses-Laurentides	35 486 $	36 768 $
SOUS-TOTAL - Catégorie 2	**886 352 $**	**934 604 $**
Catégorie 4 - CANCER		
Albatros 06-B inc.	14 586 $	15 952 $
Pallia-Vie service des soins palliatifs à domicile	143 703 $	164 065 $
SERCAN (service pour personnes atteintes d'un cancer)	58 693 $	72 731 $
SOUS-TOTAL - Catégorie 4	**216 982 $**	**252 748 $**
Catégorie 5 - SANTÉ PUBLIQUE		
Amie du quartier	7 920 $	- $
Atelier « Ensemble on se tient »	6 600 $	- $
Centre communautaire Ferme-Neuve	4 075 $	- $
Centre d'action bénévole Léonie Bélanger inc.	3 300 $	- $
Centre d'aide et de références de Sainte-Anne-des-Plaines	4 173 $	- $
Centre d'entraide Argenteuil	3 000 $	- $
Centre d'entraide Racine-Lavoie	9 900 $	- $
Centre d'entraide Thérèse-De Blainville inc.	6 600 $	- $
Centre d'intervention en hortithérapie Les Serres de Clara	15 680 $	15 680 $
Centre regain de vie inc. (Le)	9 900 $	- $
Comité d'aide alimentaire des Patriotes	3 920 $	- $
Échelon des Pays-d en-Haut (L')	3 500 $	- $
Garde Manger des Pays-d'en-Haut/Partage Amitié	7 050 $	- $
Manne du jour	6 300 $	- $
Moisson Laurentides	25 000 $	- $
Montagne d'Espoir (La)	6 600 $	6 600 $
Mouvement Entraide de Bellefeuille (M.E.B.)	3 800 $	- $
Naissance-Renaissance des Hautes-Laurentides	3 750 $	- $
Objectif Partage	12 000 $	12 000 $
Samaritaine de Mt-Tremblant	3 176 $	- $
Signée femmes - le centre de femmes	1 900 $	- $
SOUS-TOTAL - Catégorie 5	**148 144 $**	**34 280 $**

	Versement total 2008-2009	Versement total 2009-2010
Catégorie 6 - MAISONS D'HÉBERGEMENT COMMUNAUTAIRE JEUNESSE		
Accueil communautaire jeunesse Le Labyrinthe	258 905 $	269 373 $
Maison d'hébergement accueil comm. jeunesse des Basses-Laurentides	322 380 $	333 736 $
Maison d'hébergement jeunesse La Parenthèse	315 314 $	326 573 $
La Maison d'hébergement Le Préfixe des Basses-Laurentides	291 913 $	302 846 $
La Maison Le Petit Patro des Basses-Laurentides	322 380 $	333 736 $
SOUS-TOTAL - Catégorie 6	**1 510 892 $**	**1 566 264 $**
TOTAL - PSOC	**20 705 670 $**	**21 459 704 $**
GRAND TOTAL	**20 705 670 $**	**21 459 704 $**

Rapport de la direction

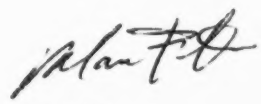
Les états financiers condensés de l'Agence de la santé et de services sociaux des Laurentides ont été dressés à partir du rapport financier annuel par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et qui respectent les principes comptables généralement reconnus du Canada, sauf dans les cas d'exception prévus au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans le rapport financier annuel.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles comptables internes, conçu en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et les vérificateurs externes, examinent les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les vérificateurs externes « Rocheleau Labranche et Associés, CA Inc. » ont procédé à la vérification des états financiers de l'Agence, conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada et leur rapport du vérificateur expose l'étendue et la nature de cette vérification et l'expression de leur opinion. Les vérificateurs externes « Rocheleau Labranche et Associés, CA Inc. » peuvent, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne leur vérification.



Marc Fortin,
président-directeur général

Rapport des vérificateurs

ROCHELEAU LABRANCHE
ET ASSOCIÉS, CA INC.

RAPPORT DES VÉRIFICATEURS SUR LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS

Aux membres du conseil d'administration de
l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides

Les états financiers condensés et les renseignements complémentaires condensés ci-joints ont été établis à partir du rapport financier annuel de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides au 31 mars 2010 et pour l'exercice terminé à cette date à l'égard duquel nous avons exprimé une opinion sans réserve dans notre rapport daté du 10 juin 2010. Le rapport financier annuel, dressé selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 3 et est présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a été établi pour satisfaire à l'article 395 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. La présentation d'un résumé fidèle du rapport financier annuel relève de la responsabilité de la direction de l'Agence. Notre responsabilité, en conformité avec la note d'orientation pertinente concernant la certification, publiée par l'Institut Canadien des Comptables Agréés, consiste à faire rapport sur les états financiers condensés.

À notre avis, les états financiers condensés ci-joints présentent, à tous les égards importants, une image fidèle du rapport financier annuel correspondant selon les critères décrits dans la note d'orientation susmentionnée.

Les états financiers condensés ci-joints ne contiennent pas toutes les informations requises selon les principes comptables généralement reconnus du Canada et les normes et pratiques comptables reconnues dans les établissements relevant du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Le lecteur doit garder à l'esprit que ces états financiers risquent de ne pas convenir à ses fins. Pour obtenir de plus amples informations sur la situation financière, les résultats d'exploitation et les flux de trésorerie de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, le lecteur devra se reporter au rapport financier annuel correspondant.

Ces états financiers condensés, qui n'ont pas été établis, et qui n'avaient pas à être établis, selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, sont fournis uniquement à titre d'information et pour être utilisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les administrateurs de l'Agence conformément à l'article 395 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Ces états financiers condensés ne sont pas destinés à être utilisés et ne doivent pas l'être par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles ils ont été établis.

Rocheleau Labranche et Associés, CA inc. [1]

Laval, le 23 août 2010

[1] Par Guy Godin comptable agréé, auditeur

États financiers

État des résultats du Fonds d'exploitation

Exercice terminé le 31 mars 2010

	Activités principales		Activités accessoires	
	Exercice courant	Exercice précédent	Exercice courant	Exercice précédent
PRODUITS				
Subventions MSSS :				
- Budget signifié	10 501 963 $	9 862 918 $	1 642 $	- $
- (Diminution) ou augmentation du financement	1 500 227	1 555 468	37 000	(1 642)
- Variation des revenus reportés - MSSS	(70 218)	(24 239)	(10 081)	63 929
- Ajustement de la subvention à recevoir - Réforme comptable - variation de la provision pour vacances et congés de maladie	4 814	19 184	-	(1 642)
Total	11 936 786	11 413 331	28 561	60 645
Revenus de placements	10 368	31 718	14	10
Revenus d'autres sources :				
- Recouvrements	383 776	283 574	314 309	318 757
- Subventions du gouvernement fédéral	-	15 000	-	-
- Autres subventions	84 208	96 845	-	-
- Autres revenus	206 267	119 178	-	-
Total des produits	12 621 405	11 959 646	342 884	379 412
CHARGES D'EXPLOITATION				
Salaires	5 951 302	5 442 140	234 982	270 404
Avantages sociaux	1 632 917	1 386 284	58 130	52 354
Charges sociales	769 713	676 993	25 719	26 742
Frais de déplacement et d'inscription et dépenses C.A. (act.princ.)	204 505	235 097	4 886	8 543
Services achetés	848 349	1 074 323	9 818	291
Communications	242 818	206 197	114	4 860
Loyer	2 288 771	2 261 936	-	-
Location d'équipement	23 047	26 529	-	-
Fournitures de bureau	356 906	321 365	856	510
Autres frais	179 410	196 509	6 736	16 865
Charges non réparties	-	90 919	-	(1 643)
Transfert de frais généraux	(121 100)	(130 030)	-	-
Total des charges d'exploitation	12 376 638	11 788 262	341 241	378 926
EXCÉDENT	244 767 $	171 384 $	1 643 $	486 $
À titre informatif seulement: Contributions (+/-)				
En provenance de fonds affectés (+)	- $	75 000 $	- $	- $
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	(112 021)	(64 784)	-	-
Affectées à d'autres fonds (-)	(34 382)	-	-	-
Excédent après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds	98 364 $	181 600 $	1 643 $	486 $

État des résultats des Fonds des activités régionalisées

Exercice terminé le 31 mars 2010

	Exercice courant	Exercice précédent
PRODUITS		
Crédits régionaux destinés aux établissements	4 060 613 $	5 480 217 $
Variation des revenus reportés - Crédits régionaux	(64 869)	305 000
Ajustement de la subvention à recevoir - Réforme comptable - variation de la provision pour vacances et congés de maladie	1 218	(19 542)
Contributions des établissements	52 533	-
Revenus de placements	8 004	52 733
Revenus d'autres sources :		
- Recouvrements	55 462	53 373
- Ventes de services	572 293	697 171
- Subventions du gouvernement fédéral	22 224	22 224
- Autres revenus	390 809	850 463
Total des produits	5 098 287	7 441 639
CHARGES D'EXPLOITATION		
Salaires	1 535 164	1 327 597
Avantages sociaux	377 069	326 883
Charges sociales	209 915	201 425
Frais de déplacement et d'inscription	97 021	90 919
Services achetés	2 056 312	3 112 510
Communications	66 147	47 160
Loyer	60 000	60 214
Location d'équipement	392	724
Fournitures de bureau	73 077	50 457
Autres charges	571 674	1 434 011
Transferts de frais généraux	106 756	120 558
Total des charges d'exploitation	5 153 527	6 772 458
EXCÉDENT (DÉFICIT)	(55 240) $	669 181 $
À titre informatif seulement: Contributions (+/-)		
En provenance du fonds d'exploitation (+)	31 252 $	- $
En provenance du fonds des activités régionalisées (+)	629	-
En provenance de fonds affectés (+)	37 119	10 200
Affectés au fonds des activités régionalisées (-)	(629)	-
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	(172 677)	(78 308)
Excédent (Déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds	(159 546) $	601 073 $

État des résultats du Fonds d'immobilisations

Exercice terminé le 31 mars 2010

	Exercice courant	Exercice précédent
PRODUITS		
Ministère de la santé et des services sociaux :		
- Subvention pour le remboursement de la dette-capital	776 382 $	333 769 $
- Subvention pour le remboursement de la dette-intérêt	2 139 103	-
Revenus de placements	-	11
Autres revenus	-	3 138 968
Total des produits	2 915 485	3 472 748
CHARGES		
Frais d'intérêts :		
- Financement Québec	2 110 020	3 063 968
- Autres	29 037	9 453
Frais de gestion autorisés :		
- Salaires, avantages sociaux et charges sociales	62 975	-
- Services achetés	15 820	-
Dépenses non capitalisables financées à même les enveloppes décentralisées	206 084	1 529
Amortissement - Immobilisations détenues au 31 mars 2008	311 081	467 467
Amortissement - Immobilisations acquises à compter du 1er avril 2008	180 468	11 921
Total des charges	2 915 485	3 554 338
EXCÉDENT (DÉFICIT)	- $	(81 590) $
À titre informatif seulement: Contributions		
Contributions en provenance du :		
- Fonds d'exploitation - activités principales (+)	112 021 $	64 784 $
- Fonds des activités régionalisées (+)	172 677	78 308
- De fonds affectés (+)	283 886	11 980
Excédent après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds	568 584 $	73 482 $

État du solde de Fonds du Fonds d'exploitation

Exercice terminé le 31 mars 2010

	Activités principales	Avoir propre	Total
SOLDE CRÉDITEUR AU DÉBUT DE L'EXERCICE	227 215 $	433 325 $	660 540 $
Additions (déductions)			
ACTIVITÉS PRINCIPALES :			
Excédent de l'exercice	244 767	-	244 767
Transferts interfonds (affectations) :			
- Contributions au fonds d'immobilisations (-)	(112 021)	-	(112 021)
- Contributions à d'autres fonds (-)	(34 382)	-	(34 382)
Excédent après contributions en provenance ou affectées à d'autres fonds	98 364	-	98 364
ACTIVITÉS ACCESSOIRES :			
Excédent de l'exercice	-	1 643	1 643
Libération de surplus	(227 050)	227 050	-
Autres additions	-	-	-
Variation de l'exercice	(128 686)	228 693	100 007
SOLDE CRÉDITEUR À LA FIN	98 529 $	662 018 $	760 547 $

État du solde de Fonds des Fonds d'immobilisations et Fonds des activités régionalisées

Exercice terminé le 31 mars 2010

	Fonds d'immobilisations	Fonds des activités régionalisées
SOLDE CRÉDITEUR AU DÉBUT	905 $	2 286 942 $
Additions (déductions)		
Excédent (déficit) de l'exercice	-	(55 240)
Transferts interfonds (provenance) :		
- Contributions du fonds d'exploitation (+)	112 021	31 252
- Contributions des activités régionalisées (+)	172 677	629
- Contributions de fonds affectés (+)	283 886	37 119
Transferts interfonds (affectations) :		
- Contributions au fonds des activités réginalisées (-)	-	(629)
- Contributions au fonds d'immobilisations (-)	-	(172 677)
Variation de l'exercice	568 584	(159 546)
SOLDE CRÉDITEUR À LA FIN	569 489 $	2 127 396 $

Bilan des Fonds d'exploitation et Fonds des activités régionalisées

Exercice terminé le 31 mars 2010

	Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
	Exercice courant	Exercice précédent	Exercice courant	Exercice précédent
ACTIF				
À court terme				
Encaisse	1 686 814 $	1 363 809 $	2 084 396 $	2 224 607 $
Débiteurs :				
- M.S.S.S.	171 913	59 728	161 913	411 152
- Établissements publics	15 288	-	261 026	273 070
- Fonds d'exploitation	-	-	-	12 810
- Fonds des activités régionalisés	-	243	-	-
- Autres	364 189	250 872	91 474	229 337
Charges payées d'avance	45 405	44 560	138 351	95 726
Autres éléments	13 556	59 316	31 161	76 981
Total - Actif à court terme	2 297 165	1 778 528	2 768 321	3 323 683
À long terme				
Subvention à recevoir - provision pour vacances et congés de maladie	760 543	754 087	122 847	121 628
TOTAL DE L'ACTIF	3 057 708 $	2 532 615 $	2 891 168 $	3 445 311 $
PASSIF				
À court terme				
Découvert de banque	- $	- $	77 456 $	81 942 $
Créditeurs et charges à payer :				
- MSSS	-	-	-	114 178
- Établissements publics	12 821	-	28 642	-
- Fonds d'exploitation	-	-	-	243
- Fonds des activités régionalisés	-	12 810	-	-
- Fonds affectés	-	1 977	-	-
- Salaires courus à payer	424 057	36 857	-	6 055
- Autres	703 391	276 327	308 642	750 266
Revenus reportés : Programme d'aide aux joueurs pathologiques	16 088	-	-	-
Autres revenus reportés	176 249	112 038	152 336	-
Provision pour vacances et congés de maladies	795 561	825 821	163 565	159 672
Autres éléments	168 994	606 245	33 131	46 012
TOTAL DU PASSIF	2 297 161	1 872 075	763 772	1 158 368
SOLDE DE FONDS	760 547	660 540	2 127 396	2 286 943
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	3 057 708 $	2 532 615 $	2 891 168 $	3 445 311 $

Bilan du Fonds d'immobilisations

Exercice terminé le 31 mars 2010

	Exercice courant	Exercice précédent
ACTIF		
À court terme		
Avances de fonds aux établissements publics	22 304 851 $	9 185 280 $
Débiteurs MSSS	385 857	438 193
Autres éléments	488 643	72 381
À long terme		
Immobilisations	1 629 720	1 112 338
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - écart de financement - réforme comptable	39 076 570	42 373 745
TOTAL DE L'ACTIF	63 885 641 $	53 181 937 $
PASSIF		
À court terme		
Découvert de banque	10 080 $	3 223 $
Emprunts temporaires	22 717 289	9 206 796
Intérêts courus à payer :		
- Financement Québec	385 857	432 943
- Corporation d'hébergement du Québec	-	5 250
- Autres	53 003	46 750
Autres éléments	372 271	68 617
À long terme		
Dette à long terme (note 7)	39 777 652	43 417 453
TOTAL DU PASSIF	63 316 152	53 181 032
SOLDE DE FONDS	569 489	905
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	63 885 641 $	53 181 937 $

Bilan des Fonds affectés cumulés

	Exercice terminé le 31 mars 2010	
	Exercice courant	Exercice précédent
ACTIF		
À court terme		
Encaisse	2 788 700 $	3 000 709 $
Débiteurs :		
- M.S.S.S.	158 773	115 649
- Établissements publics	36 036	22 320
- Fonds d'exploitation	-	1 977
- Autres	139 418	-
Charges payées d'avance	51 526	167 738
Autres éléments	6 741	74 220
Total - Actif à court terme	3 181 194	3 382 613
À long terme		
Subvention à recevoir - provision vacances et congés maladie	36 408	35 600
TOTAL DE L'ACTIF	3 217 602 $	3 418 213 $
PASSIF		
À court terme		
Créditeurs et charges à payer :		
- Établissements publics	120 620 $	195 981 $
- Salaires courus à payer	-	3 760
- Autres	1 101 363	795 819
Revenus reportés MSSS et Crédits régionaux	-	158 550
Autres revenus reportés	-	10 000
Provision pour vacances et congés maladie	42 180	55 716
Autres éléments	11 813	-
TOTAL DU PASSIF	1 275 976	1 219 826
SOLDE DE FONDS	1 941 626	2 198 387
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	3 217 602 $	3 418 213 $

État des résultats des Fonds affectés cumulés

Exercice terminé le 31 mars 2010

	Exercice courant	Exercice précédent
PRODUITS		
MSSS	26 120 649 $	22 412 623 $
Crédits régionaux	94 895	108 252
Variation des revenus reportés - MSSS et Crédits régionaux	168 550	(123 350)
Ajustement de la subvention à recevoir - Réforme comptable - variation de la provision pour vacances et congés de maladie	231	-
Revenus de placements	17 073	49 185
Revenus d'autres sources :		
- Autres revenus	6 036 547	5 930 682
Total des produits	32 437 945	28 377 392
CHARGES		
Établissements publics	68 023	51 388
Charges d'exploitation :		
- Salaires	46 319	57 940
- Avantages sociaux	28 386	15 663
- Charges sociales	7 937	24 867
- Frais de déplacement et d'inscription	882	1 772
- Services achetés	193 942	205 658
- Fournitures de bureau	26 474	21 823
- Autres charges d'exploitation	103 489	8 781
Autres charges	31 901 380	26 563 494
Total des charges	32 376 832	26 951 386
EXCÉDENT	61 113 $	1 426 006 $

Solde de Fonds des Fonds affectés cumulés

	Exercice terminé le 31 mars 2010	
	Exercice courant	Exercice précédent
SOLDE CRÉDITEUR AU DÉBUT	2 198 388 $	806 739 $
Additions (déductions)		
Excédent de l'exercice	61 113	1 426 006
Transferts interfonds (affectations) :		
- Contributions au fonds d'immobilisations (-)	(283 886)	(11 980)
Transferts interfonds	(37 119)	(10 200)
Autres additions (déductions)	3 130	(12 177)
Variation de l'exercice	(256 762)	1 391 649
SOLDE CRÉDITEUR À LA FIN	1 941 626 $	2 198 388 $

État des résultats et solde de fonds du Fonds affecté des Services préhospitaliers d'urgence et transport d'usagers entre établissements

Exercice terminé le 31 mars 2010

	Exercice courant	Exercice précédent
PRODUITS		
MSSS	22 191 141 $	18 638 410 $
Crédits régionaux	94 895	85 903
Variations des revenus reportés - MSSS et Crédits régionaux	158 550	(123 350)
Revenus autonomes	5 999 992	5 905 088
Revenus de placements	7 865	12 239
Autres revenus :		
- Autres	34 820	25 594
Total des produits	28 487 263	24 543 884
CHARGES		
Contrats minimaux de services d'ambulance	24 995 556	21 007 081
Particularités régionales	104 551	276 011
Éléments rectifiables	458 005	460 059
Centre de communication santé	1 480 612	1 408 767
Formation	348 312	305 825
Assurance qualité	102 510	78 574
Allocation de retraite	6 088	78 664
Médicaments	47 625	43 172
Ajustements des années antérieures	413 457	(120 761)
Premiers répondants	16 222	8 496
Déplacement des usagers	104 283	148 177
Charges d'exploitation :		
- Salaires	46 319	57 940
- Avantages sociaux	28 386	15 663
- Charges sociales	7 191	24 158
- Services achetés	30 809	28 748
- Fournitures de bureau	26 474	21 823
- Autres charges d'exploitation	103 489	8 781
Autres charges	174 498	119 350
Total des charges	28 494 387	23 970 528
EXCÉDENT (DÉFICIT)	(7 124) $	573 356 $
SOLDE DE FONDS		
SOLDE CRÉDITEUR AU DÉBUT	569 245 $	9 291 $
Additions (déductions)		
Excédent de l'exercice	(7 124)	573 356
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	(283 886)	(11 980)
Autres additions (déductions)	3 130	(1 422)
SOLDE CRÉDITEUR À LA FIN	281 365 $	569 245 $

NOTE 1 - CONSTITUTION ET OBJETS

L'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides ("Agence") a été constituée le 1er janvier 2006 en vertu de la Loi modifiant la *Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives* (2005, chapitre 32). Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur les bénéfices.

NOTE 2 - MODIFICATION DE CONVENTIONS COMPTABLES

Présentation de l'information financière des organismes sans but lucratif

Au cours de l'exercice, l'organisme a appliqué les nouvelles recommandations de l'Institut canadien des comptables agréés quant à la comptabilisation, l'évaluation et la présentation financière propres aux organismes sans but lucratif contenues dans la série des chapitres 4400 et du chapitre 1540 du Manuel de l'ICCA. L'organisme a adopté cette norme et il n'y a eu aucun impact sur les états financiers.

NOTE 3 - PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux normes et pratiques comptables établies par le ministère de la Santé et des Services sociaux, lesquelles s'appuient sur celles du Manuel de comptabilité de l'Institut canadien des comptables agréés (ICCA) pour le secteur public, à l'exception des normes suivantes :
Les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance-salaire au 31 mars ne sont pas comptabilisés.

Certaines immobilisations corporelles louées sont comptabilisées comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition conformément à la note d'orientation du secteur public # 2.

De plus, selon les définitions du Manuel du secteur public, les établissements publics et les établissements privés sans but lucratif relevant du ministère de la Santé et des Services sociaux rencontrent les critères des organismes sans but lucratif. En conséquence, ces établissements devraient suivre les règles applicables à ces organismes.

Les principales conventions comptables du Manuel du secteur public qui s'écartent sensiblement des principes comptables généralement reconnus du Canada applicables aux organismes à but non lucratif sont les suivantes:

- Les instruments financiers ne sont pas classifiés selon les recommandations du chapitre 3855 du Manuel de l'ICCA et aucune information n'est présentée à leur sujet;
- Le montant des stocks comptabilisé en charge, les dépréciations et les reprises de valeur ne sont pas présentés;
- Les frais d'émission, les primes et les escomptes de la dette à long terme sont présentés comme postes distincts au bilan plutôt qu'en augmentation ou en diminution de la dette;
- L'établissement ne présente pas les chiffres comparatifs dans les notes aux états financiers;
- Les informations à fournir concernant le capital (chapitre 1535) ne sont pas présentées;
- La portion à court terme de la dette à long terme n'est pas présentée distinctement de la dette à long terme.

NOTE 3 - PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES (suite)

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel de l'Agence exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et passifs, de la présentation des actifs et des passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que de la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer de ces estimations faites par la direction.

Exercice financier

Conformément aux dispositions de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, l'exercice financier de l'Agence s'étend du 1er avril au 31 mars.

Cependant, l'exercice financier du Fonds de santé au travail qui regroupe les activités que doit assurer l'Agence aux fins de l'application des programmes de santé au travail visés par le chapitre VIII de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, ne couvre pas la même période.

Comptabilité par fonds

L'Agence suit les principes de la comptabilité par fonds. Voici la description sommaire des principaux fonds :

i) Le fonds d'exploitation regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires) ;

ii) Le fonds d'immobilisations corporelles regroupe les opérations relatives aux immobilisations appartenant à l'Agence, aux dettes à court et à long terme, à leur égard et à tout autre mode de financement s'y rattachant. Les immobilisations acquises pour les activités régionalisées, pour les activités des fonds affectés de l'Agence et pour des établissements privés admissibles, sont inscrites directement au fonds d'immobilisations de l'Agence. De plus, les dépenses non capitalisables financées par les enveloppes décentralisées sont présentées aux résultats du fonds d'immobilisations;

iii) Le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations de l'Agence relatives à sa fonction de représentant d'établissements ou à tout autre fonction et activité à portée régionale confiée par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs. Le financement de ces opérations est assuré principalement à partir de crédits normalement destinés aux établissements et gérés sur une base régionale et par les établissements concernés;

iv) Les fonds affectés sont constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées;

v) Le Fonds de santé au travail, présenté à la section 600 du rapport financier annuel, regroupe les activités reliées à la mise en application des programmes de santé au travail élaborés par la Commission de la santé et de la sécurité au travail. Ces programmes visent à maintenir et à promouvoir la santé en milieu de travail. Le financement du fonds est constitué des subventions de la Commission de la santé et de la sécurité au travail et les activités sont réalisées par l'équipe régionale et les équipes locales.

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des dépenses, les transferts de et à un autre fonds sont comptabilisés directement au solde de fonds des fonds concernés.

Dans le cas du fonds d'exploitation, du fonds des activités régionalisées et du fonds d'immobilisations, ils sont toutefois tenus en compte pour fins de présentation à l'état des résultats de manière à démontrer les résultats avant et après les transferts. Par la suite, ils sont présentés au solde du fonds des fonds concernés.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds d'immobilisations. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations corporelles, l'ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations. L'ajustement de la subvention est déterminé par l'Agence pour faire en sorte que le solde de fonds d'immobilisations corresponde, à la fin d'exercice, à la valeur comptable des terrains présentée au fonds d'immobilisations. La contrepartie est comptabilisée comme compte à recevoir ou comme revenu perçu d'avance.

NOTE 3 - PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES (suite)

Classification des activités

La classification des activités du fonds d'exploitation de l'Agence tient compte des services qu'elle peut fournir dans la limite de ses pouvoirs. Les activités sont classées en deux groupes :

Activités principales

Les activités principales regroupent les opérations qui découlent des fonctions que l'Agence est appelée à exercer et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission.

Activités accessoires

Les activités accessoires comprennent les fonctions que l'Agence exerce dans la limite de ses pouvoirs en sus de ses activités principales.

Ces activités se subdivisent en activités complémentaires et de type commercial.

Les activités accessoires complémentaires regroupent les opérations qui, tout en constituant un apport au réseau de la santé et des services sociaux, découlent des fonctions additionnelles exercées par l'Agence en sus des fonctions confiées à l'ensemble des agences.

Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les opérations de nature commerciale, non reliées directement à l'exercice des fonctions confiées aux agences.

Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des dépenses, les dépenses engagées par l'Agence dans le cadre du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées sont regroupées dans des centres d'activités. Chacun de ceux-ci est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus par l'Agence.

Immobilisations corporelles

Les immobilisations sont des actifs non financiers qui sont acquis, construits, développés ou améliorés, dont la durée de vie utile s'étend au-delà de l'année financière et qui sont destinés à être utilisés de façon durable pour la production des biens ou la prestation de services.

Le coût comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement. Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne font pas l'objet d'amortissement avant leur mise en service.

Les immobilisations de l'Agence et des établissements privés conventionnés sont comptabilisées au coût et sont amorties selon la méthode linéaire sur une période correspondant à leur durée de vie utile respective :

Améliorations locatives	10 ans
Mobilier et équipements	5 ans
Équipements médicaux	5 ans
Équipements informatiques	3 ans

Biens loués en vertu d'un contrat de location-acquisition

Les contrats de location auxquels l'Agence est partie à titre de preneur et qui lui transfèrent la quasi-totalité des avantages et des risques liés à la propriété, sont comptabilisés comme des contrats de location-acquisition, et sont inclus dans les immobilisations et la dette à long terme, et ce, depuis le 1er avril 2003. Le coût comptabilisé des biens loués en vertu des contrats de location-acquisition représente la valeur actualisée des paiements minimums exigibles en vertu du bail. Ceux-ci sont amortis selon la méthode linéaire sur la durée du bail.

Tous les autres contrats de location sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation et les coûts de location qui en découlent sont inscrits comme charges dans l'exercice où ils surviennent.

NOTE 3 - PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES (suite)

Avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires et de la partie de l'excédent des revenus sur les dépenses des activités principales des exercices précédents, libérée par le Ministère.

Les ajustements des revenus et des charges de chacun des fonds s'appliquant aux exercices antérieurs sont comptabilisés à l'état des résultats du fonds correspondant.

Toutefois, seuls les redressements relatifs à une modification de convention comptable ou à la correction d'une erreur dans les états financiers d'exercices antérieurs doivent être portés au solde du fonds. Les chiffres de l'exercice antérieur fournis pour fins de comparaison ne sont pas redressés.

Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des dépenses sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires. Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Ristournes ou bonis bancaires

Les ristournes ou bonis accordés par les institutions financières prêteuses restent dans le fonds emprunteur. Ils ont pour effet de réduire la dépense d'intérêts et, le cas échéant, les intérêts courus à payer.

Revenus et les revenus reportés autres qu'immobilisations

L'Agence comptabilise en fin d'exercice des revenus reportés à des activités spécifiques bien identifiées, pour lesquelles les revenus sont approuvés à ces fins mais pour lesquels les dépenses et les services correspondants demeurent à réaliser et dont le financement ne sera pas autrement pourvu :

i) Pour les sommes en provenance d'une entité faisant partie du périmètre comptable du gouvernement (établissements publics, M.S.S.S., etc., *Manuel de l'I.C.C.A., chapitre SP 3410*) :

Ces sommes, dont le budget de fonctionnement, sont constatées et comptabilisées aux revenus dans l'année financière au cours de laquelle surviennent les faits qui leur donnent lieu, dans la mesure où : ils sont autorisés, les critères d'admissibilité sont rencontrés (s'il en est) et une estimation raisonnable des montants en cause est possible lorsque applicable.

Les sommes reçues ou à recevoir concernant des revenus qui seront gagnés dans une année ultérieure peuvent faire l'objet d'un revenu reporté que dans le cas où les sommes doivent être affectées à des fins prescrites et que pour des dépenses qui seront assumées, pour ces fins, dans le futur.

Lorsque les fins spécifiées sont remplies, la comptabilisation d'un revenu reporté n'est généralement plus permise. Toutefois, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, la comptabilisation d'un revenu reporté pourrait être possible si les faits donnant lieu au transfert ne sont pas survenus. C'est le cas lorsque la nouvelle entente prévoit les fins pour lesquelles les sommes restantes doivent être utilisées.

ii) Pour les sommes en provenance d'une entité hors du périmètre comptable du gouvernement *(Manuel de l'I.C.C.A., chapitre SP 3100)* :

a) Ces sommes sont constatées et comptabilisées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

NOTE 3 - PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES (suite)

Revenus et les revenus reportés autres qu'immobilisations (suite)

Pour le fonds des activités régionalisées, sont reportés les revenus spécifiques pour des activités qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent.

Pour les fonds affectés, les subventions reportées ne peuvent découler que des situations suivantes :

a) Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée en tout ou en partie à un exercice financier futur;

b) Subvention reçue en fin d'exercice financier (trois derniers mois de l'exercice) ou au début de l'exercice financier subséquent et dont la réallocation ne peut être effectuée qu'au cours de l'exercice subséquent;

c) Subvention accordée pour la première année à un fonds affecté pour des activités dont la programmation n'a pu être déterminée dans l'année;

d) Subvention à redistribuer aux autres agences et dont la répartition n'est pas connue au 31 mars.

Ajustement de revenus et de charges des exercices antérieurs

Les ajustements des produits et des charges de chacun des fonds s'appliquant aux exercices antérieurs sont comptabilisés à l'état des résultats du fonds correspondant, ce qui inclut les recouvrements de dépenses des exercices antérieurs qui doivent être comptabilisés dans les revenus de recouvrements.

Toutefois, seuls les redressements relatifs à une modification de convention comptable ou à la correction d'une erreur significative dans les états financiers d'exercices antérieurs peuvent être portés au solde du fonds. Les chiffres de l'exercice antérieur fournis pour des fins de comparaison ne sont pas redressés.

Emprunts et frais d'émission et d'escompte sur obligations

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime pour atteindre le montant de capital à rembourser à l'échéance. Cet amortissement est calculé selon le taux effectif de chaque emprunt.

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

Le solde non amorti de l'escompte et des frais d'émission est inclus aux frais reportés liés aux dettes alors que le solde non amorti de la prime est présenté à titre de revenu reporté.

Régimes de retraite

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'informations pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées.

NOTE 4 - EMPRUNT BANCAIRE

Au 31 mars 2010, l'Agence dispose de marges de crédit bancaires autorisées de 73 280 498 $ au fonds d'immobilisations dont 50 563 210 $ ne sont pas utilisés au 31 mars 2010. Ces crédits portent intérêt au taux des acceptations bancaires d'un mois d'échéance majoré de 0,3%, taux effectif 0,70 % (1,17% en 2009). Les conventions de crédit sont renégociables en avril 2010.

NOTE 5 - DETTE À LONG TERME

La dette à long terme du fonds d'immobilisations est destinée à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements et est payable à Financement-Québec.

Marge de crédit d'un montant autorisé de 51 000 000 $, portant intérêt au taux des acceptations bancaires majoré de 0,3 %, taux effectif 0,70 % et venant à échéance le 31 mars 2023.	146 185 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 5,94 %, garanti par une hypothèque mobilière, remboursable en versements annuels de 460 263 $, échéant en septembre 2011 [1]	4 458 770
Emprunt, portant intérêt au taux de 6,54 %, garanti par une hypothèque mobilière, remboursable en versements annuels de 326 100 $, échéant en avril 2026 [1]	5 543 700
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,75 %, garanti par une hypothèque mobilière, remboursable en versements annuels de 161 881 $, échéant en octobre 2010 [1]	161 881
Emprunt, portant intérêt au taux variant de 4,66 % à 9,82 %, garanti par une hypothèque mobilière, remboursable en versements annuels variables, échéant en mars 2023 [1]	7 836 131
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,219%, garanti par une hypothèque mobilière, remboursable en versements annuels de 417 046 $, échéant en décembre 2011 [1]	3 678 395
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,408 %, garanti par une hypothèque mobilière, remboursable en versements annuels de 40 059 $, échéant en mars 2014 [1]	881 287
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,408 %, garanti par une hypothèque mobilière, remboursable en versements annuels de 102 833 $, échéant en mars 2014 [1]	907 563
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,077 %, garanti par une hypothèque mobilière, remboursable en versements annuels de 29 860 $, échéant en décembre 2014 [1]	686 781
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,077 %, garanti par une hypothèque mobilière, remboursable en versements annuels de 328 097 $, échéant en décembre 2014 [1]	3 308 183
Emprunt, portant intérêt au taux de 3,32 %, garanti par une hypothèque mobilière, remboursable en versements annuels de 18 641 $, échéant en juin 2014 [1]	447 387
Emprunt, portant intérêt au taux de 3,32 %, garanti par une hypothèque mobilière, remboursable en versements annuels de 489 472 $, échéant en juin 2014 [1]	4 637 967
Emprunt, portant intérêt au taux de 3,135 %, garanti par une hypothèque mobilière, remboursable en versements annuels de 746 519 $, échéant en juin 2016 [1]	6 981 816
	39 676 046 $
Tranche à moins d'un an	5 801 333
	33 874 713 $

[1] Les hypothèques mobilières grèvent tous les montants payables de temps à autres par le Gouvernement du Québec aux termes de la subvention octroyée par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

NOTE 5 - DETTE À LONG TERME (suite)

Les versements en capital sur la dette à long terme à effectuer au cours des cinq prochains exercices sont les suivants :

2011	5 801 333 $
2012	10 083 862
2013	2 878 888
2014	4 156 824
2015	7 621 243

NOTE 6 - OBLIGATIONS DÉCOULANT DE CONTRATS DE LOCATION - ACQUISITION

Contrat de location d'équipement portant intérêt au taux de 8 %, remboursable en versements annuels de 35 940 $ incluant les intérêts, échéant en février 2012.	109 225 $
Moins : Frais accessoires et intérêts inclus	7 619
	101 606
Tranche à moins d'un an	28 901
	72 705 $

Les paiements minimums futurs exigibles en vertu du contrat de location-acquisition s'établissent comme suit :

2011	38 354 $
2012	38 354
2013	32 517
	109 225
Moins : Frais accessoires et intérêts inclus	7 619
	101 606 $

NOTE 7 - RÉGIMES DE RETRAITE

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (R.R.E.G.O.P.), au Régime de retraite du personnel d'encadrement (R.R.P.E.) ou au Régime de retraite de l'administration supérieure (R.R.A.S.). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Au 1er janvier 2010, le taux de cotisation pour le R.R.E.G.O.P. est demeuré à 8,19 % de la masse salariale cotisable et celui du R.R.P.E. et du R.R.A.S. s'est maintenu à 10,54 %.

La charge de retraite est assumée par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

NOTE 8 - ENGAGEMENTS CONTRACTUELS

L'Agence loue des locaux en vertu d'un bail venant à échéance en 2024. Les loyers minimaux futurs totalisent 16 736 145 $ et comprennent les versements suivants pour les cinq prochains exercices :

Locaux de l'Agence

2011	1 127 030	$
2012	1 146 624	
2013	1 149 707	
2014	1 155 871	
2015	1 155 871	

Pour les fins de l'exploitation de deux établissements privés conventionnés, l'Agence a contracté des baux avec la Corporation d'hébergement du Québec (C.H.Q.) pour un montant total de 4 673 900 $ lesquels sont remboursés totalement et directement à celle-ci par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. À cet effet, l'Agence a contracté des baux de sous-location avec ces deux établissements. Le revenu du Ministère et la dépense de loyer correspondante sont comptabilisés au rapport financier annuel. Les remboursements effectués à la Corporation d'hébergement du Québec (C.H.Q.) par le Ministère en 2009-2010 au nom de l'Agence sont les suivants :

Établissements privés conventionnés

C.H.S.L.D. Villa Soleil	916 241	$
C.H.S.L.D. Vigi de Deux-Montagnes	427 239	
	1 343 480	

Les loyers minimums futurs totalisent 4 673 900 $ et comprennent les versements pour les prochains exercices:

2011	1 281 791	$
2012	1 281 791	
2013	1 281 791	
2014	828 527	

Dans le fonds affecté des médecins en régions éloignées, l'Agence s'est engagée, par contrat, à verser des primes d'installation et de maintien à des médecins pour les inciter à venir exercer leur pratique dans la région des Laurentides. Compte tenu que certains médecins peuvent recevoir des primes de maintien tout au long de leur pratique et que la durée de cette dernière ne peut être estimée, le montant de cet engagement est estimé en fonction des informations disponibles à la date de ces états financiers. Les versements estimés prévus au cours des prochains exercices sont les suivants:

2011	100 000	$
2012	60 000	
2013	60 000	
2014	10 000	

L'Agence s'est engagée, par contrats, à verser des honoraires professionnels à des consultants externes dans différents dossiers. Les dépenses estimées prévues au cours des prochains exercices sont les suivantes :

2011	406 903	$
2012	190 288	
2013	35 000	

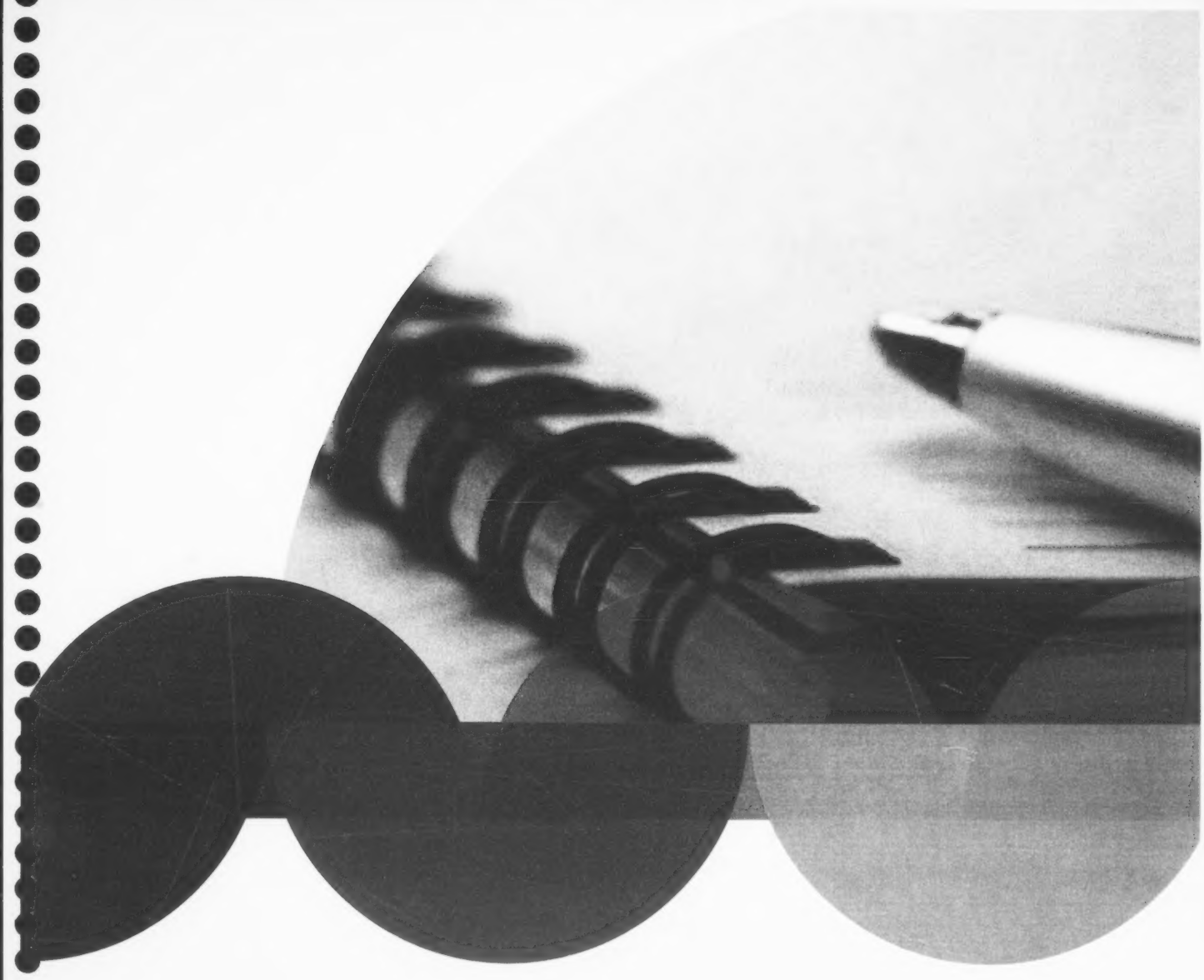
NOTE 9 - OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

L'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. Les opérations entre les apparentés sont présentées aux pages 800. Ces opérations ont eu lieu dans le cours normal des activités et mesurées à la valeur d'échange, qui est le montant de la contrepartie établie et acceptée par les apparentés.

NOTE 10 - FLUX DE TRÉSORERIE

Les flux de trésorerie se rapportant aux intérêts des activités d'exploitation se détaillent comme suit :

Intérêts versés	2 139 057 $



Code d'éthique et de déontologie

du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides

Adopté par le conseil d'administration le 16 juin 2010

ISBN 2-89547-051-0

Dépôt légal 2010

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

Déclaration

En matière d'éthique, les membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides sont assujettis à la Loi sur le ministère du Conseil exécutif et aux dispositions réglementaires découlant de cette loi.

Soulignons que le code a été révisé en juin 2010 et s'intitule Code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides.

Nous reproduisons le code ci-après et des exemplaires sont également disponibles sur demande auprès de la direction générale de l'Agence.

Notons qu'au cours de l'année 2009-2010, le Comité d'éthique et de déontologie n'a été saisi d'aucune situation et n'a traité aucun cas.

Le code d'éthique

Déclaration de principe

Attendu que les administratrices et les administrateurs doivent voir à identifier les priorités relativement aux besoins de la population à desservir et aux services à lui offrir en tenant compte de l'état de santé et de bien-être de la population de sa région, des particularités socioculturelles et linguistiques de cette population et des particularités sous-régionales et socio-économiques de la région et d'élaborer des orientations à cet égard ;

Attendu que l'exercice de la fonction d'administratrice et d'administrateur doit tenir compte des règles de l'efficacité, de la moralité et de la crédibilité et de la confidentialité;

Les administratrices et les administrateurs de l'Agence des Laurentides s'engagent à respecter les principes suivants dans le processus de décisions auquel elles et ils seront appelés à participer :

- Priorisation des intérêts de la population à desservir.
- Distribution équitable des ressources de la région.

En conséquence, les administratrices et les administrateurs s'engagent également à respecter chacun des articles du présent Code d'éthique et de déontologie applicable à chacun des membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides.

Dispositions générales

Le présent code d'éthique et de déontologie détermine les devoirs et les obligations de conduite des membres du conseil d'administration dans leurs différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions.

En cas de doute, le membre du conseil d'administration doit agir selon l'esprit des principes et des règles du présent code et du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (L.R.Q., c.M-30, r.01). Il doit, de plus, organiser ses affaires personnelles de telle sorte qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions.

1. Devoirs et obligations

1.1 Le membre s'engage à agir avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne de bonne foi, raisonnable, avec honnêteté et loyauté.

1.2 Le membre s'engage à agir de façon courtoise et à maintenir des relations empreintes de bonne foi, de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.

1.3 Le membre s'engage à aborder ses décisions en fonction de leurs implications sur la qualité et l'accessibilité des services; il tient donc compte de l'ensemble des conséquences que peut avoir son administration sur le service à donner au public et sur le bon usage des fonds publics.

1.4 Le membre s'engage à assister aux assemblées du conseil d'administration.

1.5 Le membre s'engage, dans le processus décisionnel, à prendre connaissance de tous les éléments de la question, à demander des informations complémentaires et des éclaircissements au besoin; il se prononce alors de la manière la plus objective possible.

1.6 Le membre s'engage à agir avec respect et dignité dans la manifestation publique de ses opinions.

1.7 Le membre s'engage à respecter la confidentialité des renseignements obtenus dans l'exercice de sa fonction; à ce chapitre, il devra s'abstenir de toute fuite ou confidence lorsque le conseil aura décidé de les maintenir à huis-clos.

1.8 Le membre s'engage à s'acquitter de sa charge en évitant tout état ou comportement susceptible de discréditer le conseil d'administration ou de compromettre son bon fonctionnement.

1.9 Le membre s'engage à éviter toute partisannerie politique dans l'exercice de ses fonctions.

2. Règles relatives aux conflits d'intérêts

2.1 Le membre doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.

2.2 Le membre doit prévenir tout conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir objectivement ses fonctions sauf les situations acceptées par le législateur de par la composition du conseil d'administration.

Le membre du conseil d'administration n'est pas en conflit d'intérêts personnels du seul fait qu'il provient d'un milieu, d'un secteur ou d'un organisme mentionné à l'article 397 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Il doit cependant agir de la façon la plus objective et conformément aux dispositions de la Loi, soit dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région des Laurentides.

2.3 Le membre ne doit pas rechercher, pour lui ou son entourage, des avantages personnels dans l'exercice de ses fonctions.

De plus, le membre ne doit pas confondre les biens de l'organisme avec les siens et ne peut les utiliser à son profit ou au profit du tiers.

2.4 Le membre reconnaît que le fait d'être un administrateur de l'Agence ne donne aucun pouvoir ou privilège quant aux services de santé et services sociaux auxquels une personne a droit.

2.5 Le membre reconnaît que le fait d'être un administrateur de l'Agence ne lui donne aucun pouvoir ou privilège particulier autres que ceux dont il est investi dans le cadre d'une assemblée du conseil dûment convoquée ou qu'il agit dans le cadre d'un mandat reçu du conseil.

2.6 Le membre doit considérer chaque proposition à son mérite propre lorsqu'il doit se prononcer sur une question et conséquemment s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec ses collègues du conseil d'administration ou avec toute autre personne.

3. Déclaration d'intérêt

3.1 Le membre s'engage à éviter de se placer dans une situation de conflit entre son intérêt personnel et les obligations de ses fonctions.

3.2 Le membre s'engage à respecter les dispositions de l'article 154 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux dans les situations où il a un intérêt pécuniaire dans une entreprise, à savoir :

Article 154

Tout membre d'un conseil d'administration, autre qu'un directeur général qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil ou de l'un des établissements qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil et s'abstenir d'y siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.

Le fait pour un membre du conseil d'administration d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une entreprise visée dans le présent article, ne constitue par un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si le membre du conseil d'administration en cause ne constitue par un initié de cette personne morale.

3.3 Le membre doit déposer annuellement devant le conseil une déclaration d'intérêt écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec l'Agence par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires.

En cours d'année, si sa situation évolue, le membre a la responsabilité et l'obligation de procéder au dépôt d'une nouvelle déclaration d'intérêt.

4. Activités politiques

4.1 Le président de conseil d'administration et le président-directeur général doivent faire preuve de réserve dans la manifestation publique de leurs opinions politiques.

4.2 Le président du conseil d'administration ou le président-directeur général qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le secrétaire général du conseil exécutif.

4.3 Le président du conseil d'administration ou le président-directeur général qui veut se porter candidat à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions; les articles 22 à 26 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (L.R.Q., c.M-30, r.01) précise alors les règles applicables à sa situation.

5. Règles relatives aux assemblées

5.1 Le membre s'engage à respecter les règlements régissant la procédure des réunions; à ce titre, il reconnaît l'autorité du président dans toute sa légitimité et reconnaît également la souveraineté de l'assemblée.

5.2 Le membre doit respecter les droits et privilèges des autres administrateurs.

5.3 Le membre doit respecter l'intégrité et la bonne foi de ses collègues; advenant qu'il veuille exprimer un doute sur l'intégrité et la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne, il demandera le huis-clos pour ce faire.

5.4 Le membre, dans le cadre d'une assemblée, évite d'afficher sa position par des signes extérieurs, il attend le moment du débat pour exprimer sa position et il conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.

5.5 Le membre a le droit de faire inscrire nommément sa dissidence au procès-verbal. Par cette inscription, le membre annonce qu'il se réserve la possibilité d'intervenir publiquement sur une décision prise.

5.6 Le membre évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'Agence et de toutes les personnes qui y oeuvrent.

6. Interdiction des pratiques reliées à la rémunération

6.1 Le membre ne doit pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté;

6.2 Le membre ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions;

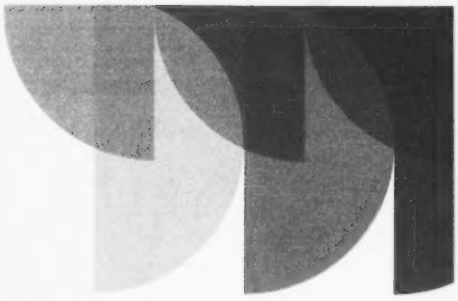
6.3 Le président-directeur général ne peut recevoir, en outre de sa rémunération, aucune somme ou avantage direct ou indirect de quiconque hormis les cas prévus par la loi;

6.4 Le membre qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent code est redevable envers l'état de la valeur de l'avantage reçu.

7. Devoirs et obligations de l'après-mandat

7.1 Le membre doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit qui ne sont pas d'ordre public et dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil;

7.2 Le membre du conseil d'administration doit témoigner de respect envers l'Agence et son conseil d'administration.



8. Mécanisme d'application et de respect du code

8.1 Le président du conseil d'administration doit s'assurer du respect des principes d'éthique et des règles de déontologie par les membres du conseil d'administration.

8.2 Toute personne qui est d'avis qu'une administratrice ou qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie, en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration.

8.3 Le président du conseil d'administration qui est d'avis qu'il y a eu un manquement de la part d'un des membres du conseil pouvant entraîner une sanction disciplinaire avise le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif qui est l'autorité compétente pour agir.

8.4 Le président du conseil d'administration, pour l'aider dans sa décision de saisir ou non le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs, peut confier au Comité d'éthique et de déontologie le soin d'examiner et d'analyser une plainte à l'encontre d'un membre du conseil d'administration; ce comité est consultatif au président du conseil d'administration à qui la décision finale appartient.

8.5 Le comité décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation; il est entendu que la confidentialité doit être compatible avec l'équité procédurale.

8.6 Au moment qu'il juge opportun, le comité doit informer l'administratrice ou l'administrateur visé des manquements reprochés en lui indiquant les dispositions concernées de la loi ou du code. À sa demande et à l'intérieur d'un délai raisonnable, cette personne a le droit d'être entendu, de faire témoigner toute personne de son choix et de déposer tout document qu'il juge pertinent.

8.7 Lorsque le comité en vient à la conclusion que l'administratrice ou l'administrateur a enfreint la loi ou le présent code ou qu'elle ou qu'il a fait preuve d'une inconduite de nature similaire, il rédige un rapport contenant un sommaire de l'enquête. Ce rapport est confidentiel.

8.8 Le président du conseil d'administration transmet ce rapport au secrétaire général associé responsable des emploi supérieurs au ministère du Conseil exécutif.

9. Enquête et immunité

9.1 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions;

9.2 Les personnes qui effectuent les enquêtes sont tenues à la confidentialité.

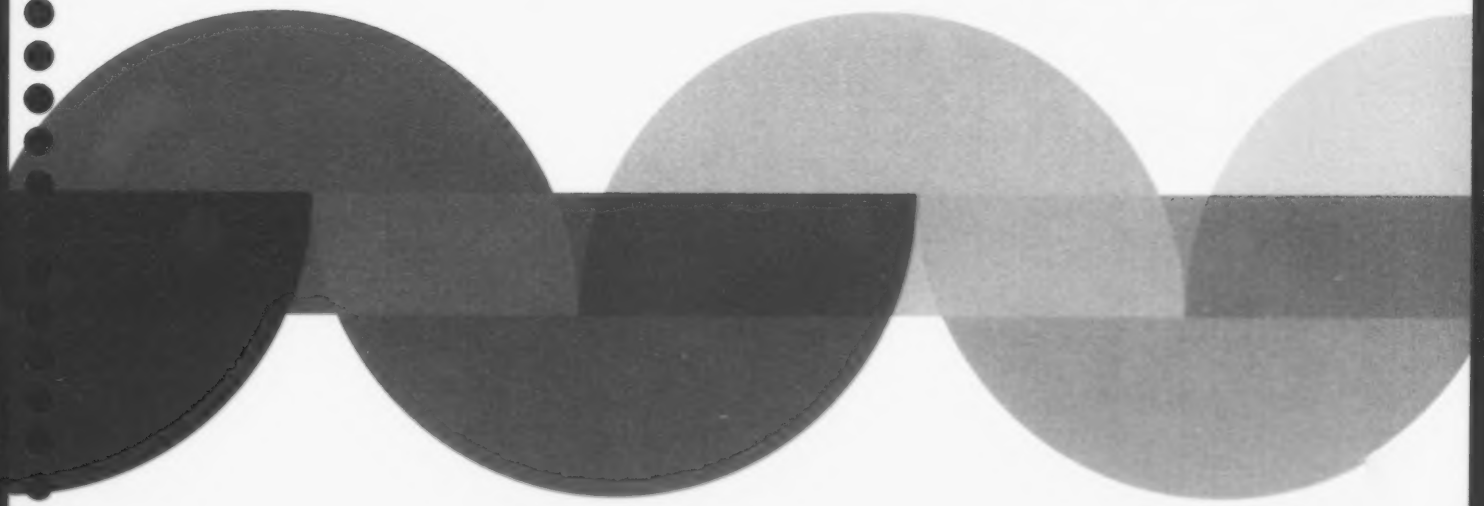
10. Publicité du code

10.1 L'Agence doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des membres des conseils d'administration à toute personne qui en fait la demande;

10.2 L'Agence doit publier dans son rapport annuel, le code d'éthique et de déontologie des membres des conseils d'administration;

10.3 Le rapport annuel de l'Agence doit faire état :

a) du nombre et de la nature des signalements reçus;
b) du nombre de cas traités et de leur suivi;
c) de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
d) des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchues de charge.



Agence de la santé
et des services sociaux
des Laurentides
Québec